

**PENERAPAN SIKAP KERJA 5S MENGGUNAKAN METODE *LEAN SIX SIGMA*
TERHADAP PRODUKTIVITAS KINERJA PETUGAS UNIT REKAM MEDIS
RSUD ARIFIN ACHMAD PROVINSI RIAU**

SKRIPSI



Oleh:

TANIA PUTERI MILLENIA

NIM: 18001017

**PROGRAM STUDI ADMINISTRASI RUMAH SAKIT
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS AWAL BROS
2022**

**PENERAPAN SIKAP KERJA 5S MENGGUNAKAN METODE *LEAN SIX SIGMA*
TERHADAP PRODUKTIVITAS KINERJA PETUGAS UNIT REKAM MEDIS
RSUD ARIFIN ACHMAD PROVINSI RIAU**

**Skripsi ini diajukan sebagai salah satu syarat
Untuk memperoleh gelar
Sarjana Kesehatan**



Oleh:

TANIA PUTERI MILLENIA

NIM: 18001017

**PROGRAM STUDI ADMINISTRASI RUMAH SAKIT
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS AWAL BROS
2022**

LEMBAR PERSETUJUAN




Skripsi ini telah diperiksa, disetujui dan dipertahankan dihadapan Tim Penguji Skripsi Program Studi S1 Administrasi Rumah Sakit Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Awal Bros.

JUDUL : PENERAPAN SIKAP KERJA 5S MENGGUNAKAN METODE
LEAN SIX SIGMA TERHADAP PRODUKTIVITAS KINERJA
PETUGAS UNIT REKAM MEDIS RSUD ARIFIN ACHMAD
PROVINSI RIAU

Penyusun : Tania Puteri Millenia

NIM : 18001017

Pekanbaru, 29 Agustus 2022

1. Penguji I : Abdul Zaky M.Si ()
NIDN. 1012129001
2. Penguji II : Ns. Muhammad Firdaus, Skep.,MMR ()
NIDN. 1001108806
3. Penguji III : Bobi Handoko, SKM.,M.Kes ()
NIDN. 1008039101

Mengetahui,
Ketua Program Studi S1 Administrasi Rumah Sakit
Fakultas Ilmu Kesehatan
Universitas Awal Bros


(Marian Tonis, SKM.,MKM)
NIDN : 1002119401

LEMBAR PENGESAHAN

Skripsi :

Telah disidangkan dan disahkan oleh Tim Penguji Skripsi Program S1 Administrasi Rumah Sakit Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Awal Bros

JUDUL : PENERAPAN SIKAP KERJA 5S MENGGUNAKAN METODE LEAN SIX SIGMA TERHADAP PRODUKTIVITAS KINERJA PETUGAS UNIT REKAM MEDIS RSUD ARIFIN ACHMAD PROVINSI RIAU

Penyusun : Tania Puteri Millenia

NIM : 18001017

Pekanbaru, 29 Agustus 2022

1. Penguji I : Abdul Zaky M.Si
NIDN. 1012129001

()

2. Penguji II : Ns. Muhammad Firdaus, Skep.,MMR
NIDN. 1001108806

()

3. Penguji III : Bobi Handoko, SKM.,M.Kes
NIDN. 1008039101

()

Mengetahui,
Ketua Program Studi S1 Administrasi Rumah Sakit
Fakultas Ilmu Kesehatan
Universitas Awal Bros



(Marian Tonis, SKM.,MKM)
NIDN : 1002119401

PERNYATAAN KEASLIAN PENELITIAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Tania Puteri Millenia
NIM : 18001017
Judul : Penerapan Sikap Kerja 5S Menggunakan Metode Lean Six Sigma Terhadap Produktivitas Kinerja Petugas Unit Rekam Medis Rsud Arifin Achmad Provinsi Riau

Dengan ini saya menyatakan bahwa dalam Skripsi ini tidak terdapat karya yang pernah diajukan untuk memperoleh gelar kesarjanaan di suatu perguruan tinggi dan sepanjang sepengetahuan saya tidak terdapat karya/pendapat yang pernah ditulis/diterbitkan oleh orang lain, kecuali yang secara tertulis diacu dalam naskah ini dan disebutkan dalam daftar pustaka.

Pekanbaru, 29 Agustus 2022

Yang membuat pernyataan


(Tania Puteri Millenia)

**PROGRAM STUDI S1 ADMINISTRASI RUMAH SAKIT
FAKULTAS ILMU KESEHATAN UNIVERSITAS AWAL BROS**

Skripsi, Agustus 2022

TANIA PUTERI MILLENIA

**Penerapan Sikap Kerja 5S Menggunakan Metode Lean Six Sigma Terhadap
Produktivitas Kinerja Petugas Unit Rekam Medis Rsud Arifin Achmad
Provinsi Riau**

xiv + 235 halaman, 20 tabel, 3 bagan alur pelayanan, 33 gambar, 21 Lampiran

ABSTRAK

5S merupakan sebuah sistem sederhana yang dapat meningkatkan produktivitas petugas. Bagian penyimpanan unit rekam medis RSUD Arifin Achmad menerapkan pelaksanaan sikap kerja 5S secara tidak sengaja atau belum diterapkan secara formal sebagai standar kualitas. Penerapan sikap kerja 5S pada bagian penyimpanan unit rekam medis RSUD Arifin Achmad belum diterapkan dengan baik. Tujuan umum dari penelitian ini yaitu untuk Mengetahui penerapan serta hubungan sikap kerja 5S menggunakan metode lean six sigma terhadap produktivitas petugas unit rekam medis Rumah Sakit Umum Daerah Arifin Achmad.

Penelitian ini menggunakan jenis pendekatan kualitatif dengan analisis data model lain yang bergantung pada jenis dan tujuan penelitian. Analisis data pada penelitian ini menggunakan siklus DMAIC yang disesuaikan dengan metode sikap kerja 5S.

Hasil analisa masalah menggunakan metode FMEA menunjukkan terdapat 3 masalah/ Defect yang paling sering terjadi yaitu salah susun dengan nilai RPN sebesar 147 (17%), Keterlambatan pengambilan dokumen rekam medis dari rawat inap dengan nilai RPN sebesar 112 (30%) dan Kesalahan pendistribusian dokumen rekam medis ke poli lain dengan nilai RPN sebesar 70 (38%).

Hasil observasi dan wawancara mendalam menunjukkan bahwa sikap kerja 5S secara keseluruhan belum diterapkan dengan baik pada petugas bagian penyimpanan unit rekam medis. Penerapan sikap kerja 5S terkait 3 masalah prioritas yang terjadi pada bagian penyimpanan memiliki hubungan terhadap produktivitas petugas.

**Kata Kunci : Sikap Kerja 5S, Produktivitas Petugas, Rekam Medis
Kepustakaan : 40 (2014-2022)**

**ADMINISTRATION HOSPITAL MANAGEMENT STUDY
FACULTY OF HEALTH SCIENCE AWAL BROS UNIVERSITY**

SKRIPSI

**TANIA PUTERI MILLENIA
NIM : 18001017**

The Application of 5S Work Attitudes Using the Lean Six Sigma Method on the Performance Productivity of the Medical Record Unit Officers RSud Arifin Achmad Riau Province

xiv + 235 pages, 20 tabels, 3 flowchart list, 33 pictures, 21 Appendix

ABSTRACT

5S is a simple system that can increase the productivity of officers. The medical record storage unit of Arifin Achmad Hospital has implemented the 5S work attitude inadvertently or has not been implemented formally as a quality standard. The application of the 5S work attitude in the storage unit of the Arifin Achmad Hospital medical record unit has not been carried out optimally. The general objective of this study is to determine the effect of applying 5S work attitudes using the lean six sigma method on the productivity of the medical record unit officer of the Arifin Achmad Regional General Hospital.

This study uses a qualitative approach with other data analysis models that depend on the type and purpose of the study. Data analysis in this study uses the DMAIC cycle which is adapted to the 5S work attitude method.

The results of the problem analysis using the FMEA method show that there are 3 defects that most often occur, namely incorrect stacking with an RPN value of 147 (17%), delays in returning medical record documents from inpatients with an RPN value of 112 (30%) and document distribution errors. medical records to another poly with an RPN value of 70 (38%).

The results of observations and in-depth interviews show that the overall 5S work attitude has not been applied properly to the medical record unit storage officer. The application of 5S work attitudes related to 3 priority problems that occur in the storage section has a relationship with employee productivity.

**Keywords : 5S Work Attitude, Employee Productivity, Medical Record
Literature : 40 (2014-2022)**

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



Data Pribadi

Nama : Tania Puteri Millenia
Tempat / Tanggal lahir : Denpasar, 20 Maret 2000
Agama : Islam
Jenis Kelamin : Perempuan
Anak ke : 1
Status : Belum Menikah
Nama Orang Tua
Ayah : Sutia Yunanda
Ibu : Zuraida
Alamat : Jl Tuah Sekata, Kel. Bambu Kuning

Latar Belakang Pendidikan

1. Formal

Tahun 2004 s/d 2006 TK Raudhatul Athfal Kabupaten Badung, Denpasar
Tahun 2009 s/d 2012 SDN Bernas Binsus Pemkab. Pelakawan
Tahun 2013 s/d 2015 SMPN I Singkep, Kepulauan Riau
Tahun 2015 s/d 2018 SMAN I Singkep, Kepulauan Riau

2. Non Formal

Tanggal 28 Juli 2020 International Webinar "*The Role Health Workers In The Midst of Covid – 19 Pandemic and New Normal Era*"

- Tanggal 09 Maret 2022 Webinar Nasional “Pentingnya Status Lulusan Prodi ARS sebagai Tenaga Kesehatan di RS”
- Tanggal 18 Agustus 2020 Seminar dan Kuliah Pakar “Peran Serta Tenaga Administrasi Rumah Sakit Dalam Mengembangkan Rumah Sakit Serta Peluan Dan Tantangan Karir Lulusan Sarjana Administrasi Rumah Sakit”
- Tanggal 09 Januari 2021 Webinar KARS Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia “*Hospital Innovation & Marketing Strategy In Disruptive Era*”
- Tanggal 4 Desember 2020 Webinar KARS “Keselamatan Dan Kesehatan Kerja Terkait Penularan Covid-19 Dan Pemulasaran Jenazah Pasien Dengan Covid – 19”

Pekanbaru, 29 Agustus 2022

Yang menyatakan



(TANIA PUTERI MILLENIA)

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur peneliti ucapkan kehadiran ALLAH SWT, yang dengan segala anugerah-NYA peneliti dapat menyelesaikan Skripsi ini tepat pada waktunya yang berjudul **“PENERAPAN SIKAP KERJA 5S MENGGUNAKAN METODE *LEAN SIX SIGMA* TERHADAP PRODUKTIVITAS KINERJA PETUGAS UNIT REKAM MEDIS RSUD ARIFIN ACHMAD PROVINSI RIAU”**

Skripsi ini diajukan sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan S1 Administrasi Rumah Sakit Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Awal Bros. Meskipun peneliti telah berusaha semaksimal mungkin agar Skripsi ini sesuai dengan yang diharapkan, akan tetapi karena keterbatasan kemampuan, pengetahuan dan pengalaman peneliti, peneliti menyadari sepenuhnya dalam penyusunan Skripsi ini banyak kekurangan dan kesalahan, oleh karena itu peneliti mengharapkan kritik dan saran yang bersifat membangun.

Dalam penyusunan Skripsi ini, peneliti mendapatkan bimbingan, bantuan dan saran serta dorongan semangat dari berbagai pihak. Oleh karena itu, pada kesempatan ini peneliti menyampaikan ucapan terimakasih yang sebesar-besarnya kepada :

1. Ibu Zuraida dan Bapak Sutia Yunanda selaku kedua orang tua dari peneliti. Terimakasih telah mendukung dan mendoakan yang terbaik untuk peneliti.
2. Ibu Dr. Dra. Wiwik Suryandartiw, MM selaku Rektor Universitas Awal Bros.
3. Bapak Marian Tonis, SKM.,MKM selaku ketua program studi S1 Administrasi Rumah Sakit.
4. Bapak Ns. Muhammad Firdaus, Skep.,MMR selaku pembimbing I saya. Terimakasih telah membimbing dan mengarahkan saya saat proses penyusunan Skripsi ini.

5. Bapak Bobi Handoko, SKM.,M.Kes selaku pembimbing II saya. Terimakasih telah membimbing dan mengarahkan saya saat proses penyusunan Skripsi.
6. Bapak Abdul Zaky M.Si selaku penguji yang telah memberikan masukan dan arahan dalam penyempurnaan penelitian Skripsi saya.
7. Segenap Dosen dan Staff Prodi S1 Administrasi Rumah Sakit Universitas Awal Bros, yang telah memberikan dan membekali peneliti dengan ilmu pengetahuan.
8. Ibu drg. Wan Fajriatul Mammunah, Sp.KG selaku direktur RSUD Arifin Achmad Provinsi Riau, yang telah memberikan izin kepada saya untuk melakukan penelitian di RSUD Arifin Achmad Provinsi Riau.
9. Kepala Unit Rekam Medis RSUD Arifin Achmad Provinsi Riau beserta jajarannya yang telah membantu saya dengan memberikan fasilitas dan waktu untuk melakukan kegiatan penelitian pada bagian penyimpanan unit rekam medis.
10. Rekan-rekan dan teman seperjuangan khususnya Program Studi S1 Administrasi Rumah Sakit Universitas Awal Bros.
11. Serta seluruh pihak yang telah memberikan bantuan baik secara langsung maupun tidak langsung selama penelitian Skripsi ini yang tidak dapat peneliti sampaikan satu persatu.

Akhir kata peneliti mengucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah membantu peneliti menyusun skripsi ini.

Pekanbaru, 29 Agustus 2022



Tania Puteri Millenia

DAFTAR ISI

Halaman

SAMPUL DEPAN	
SAMPUL BELAKANG	
HALAMAN PERSETUJUAN.....	i
HALAMAN PENGESAHAN.....	ii
LEMBAR PERNYATAAN KEASLIAN PENELITIAN	iii
ABSTRAK.....	iv
ABSTRACT.....	v
DAFTAR RIWAYAT HIDUP.....	vi
KATA PENGANTAR.....	viii
DAFTAR ISI.....	x
DAFTAR TABEL	xiii
DAFTAR GAMBAR.....	xiv
DAFTAR BAGAN	xvi
DAFTAR SINGKATAN	xvii
DAFTAR LAMPIRAN	xviii
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah.....	4
1.3 Tujuan Penelitian.....	5
1.4 Manfaat Penelitian.....	6
1.4.1 Manfaat bagi tenaga Administrasi Rumah Sakit	6
1.4.2 Manfaat bagi masyarakat	6
1.4.3 Manfaat bagi Instansi Pendidikan	6
1.4.4 Manfaat bagi peneliti selanjutnya.....	6
1.5 Ruang Lingkup Penelitian	7
1.6 Penelitian Terkait	7
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	9
2.1 Telaah Pustaka.....	9
2.1.1 Profil Rumah Sakit	9
2.1.2 Pelayanan Kesehatan	11
2.1.3 Rumah Sakit.....	12
2.1.4 Pelayanan Rawat Jalan, Rawat Inap dan Rawat Darurat.....	13
2.1.5 Rekam Medis	13
2.1.6 Konsep <i>Lean Six Sigma</i>	18
A. Konsep <i>Lean</i>	18
B. Konsep <i>Six Sigma</i> dan DMAIC	20
a. <i>Six Sigma</i>	20
b. DMAIC.....	21
C. Konsep <i>Lean Six Sigma</i>	22
D. Konsep Analisis <i>Waste</i>	24

E. Konsep Sikap Kerja 5S	25
2.1.7 Produktivitas Petugas	32
2.2 Kerangka Teori.....	33
2.3 Kerangka Konsep.....	36
BAB III METODE PENELITIAN	37
3.1 Jenis dan Desain Penelitian	37
3.2 Tempat dan Waktu Penelitian.....	37
3.3 Informan Penelitian.....	37
3.4 Alat Pengumpulan Data	38
3.5 Definisi.....	39
3.5.1 Variabel Penelitian	39
3.5.2 Definisi Istilah.....	40
3.6 Prosedur Pengumpulan Data	41
3.6.1 Data Primer	41
3.6.2 Data Sekunder.....	41
3.7 Pengolahan dan Analisa Data Kualitatif.....	42
3.7.1 Analisis Siklus DMAIC.....	42
A. <i>Define</i>	42
B. <i>Measure</i>	43
C. <i>Analyze</i>	43
D. <i>Improve</i>	44
E. <i>Control</i>	44
3.8 Etika Penelitian.....	44
3.9 Jadwal Penelitian.....	46
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN	47
4.1 Hasil Penelitian	47
4.1.1 <i>Define</i>	48
A. Alur dan kegiatan pada bagian penyimpanan unit rekam medis.....	49
B. Diagram SIPOC bagian penyimpanan unit rekam medis.....	54
C. Hasil Observasi Sikap Kerja 5S	56
D. Hasil Observasi Produktivitas Petugas	61
4.1.2 <i>Measure</i>	63
4.1.3 <i>Analyze</i>	69
A. Masalah Prioritas pada bagian penyimpanan	69
1. Salah dalam penyusunan dokumen.....	73
a. Kurang Teliti dan tidak fokus dalam bekerja	75
b. Kelelahan.....	76
c. Kondisi rak penuh dan petugas belum melakukan retensi dokumen secara rutin.....	79
2. Keterlambatan Pengembalian Dokumen Rekam Medis	81
a. Dokter belum mengisi status rekam medis pasien.....	82

b. Keterlambatan pengembalian ke bagian ACI.....	83
c. Proses dokumen untuk kebutuhan administrasi serta proses dokumen pada bagian ACI.....	84
3. Kesalahan Distribusi Rekam Medis.....	85
a. Kurang teliti dan terburu - buru.....	87
b. Tracer lama belum dibuang atau dipisahkan.....	
B. Penerapan Sikap Kerja 5S pada bagian penyimpanan unit rekam medis.....	90
1. <i>Sort/Seiri/</i> Ringkas (Pemilahan).....	91
a. Tindakan pemisahan barang belum dilakukan secara rutin.....	91
b. Tidak ada pemberian tanda pada barang yang tidak digunakan.....	93
2. <i>Straighten / Seiton /</i> Rapi (Penataan).....	94
3. <i>Shine/ Seiso/</i> Resik.....	98
a. Tidak terdapat aktivitas pembersihan pada rak rekam medis.....	99
b. Tidak terdapat sistem rotasi kebersihan.....	101
4. <i>Standardize/ Seiketsu/</i> Rawat.....	101
5. <i>Sustain/ Shitsuke/</i> Rajin.....	103
C. Produktivitas petugas bagian penyimpanan unit rekam medis.....	104
1. Faktor - faktor yang mempengaruhi produktivitas petugas.....	105
4.1.4 <i>Improve</i>	107
4.1.5 <i>Control</i>	111
4.2 Pembahasan.....	113
4.2.1 Interpretasi dan Diskusi Hasil.....	113
A. Hubungan penerapan Sikap Kerja 5S terhadap produktivitas petugas.....	114
B. Keterkaitan hasil penelitian dengan penelitian sebelumnya.....	117
4.2.2 Implikasi Penelitian.....	120
4.2.3 Keterbatasan Penelitian.....	120
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN.....	122
5.1 Kesimpulan.....	122
5.2 Saran.....	123
5.2.1 Bagi Rumah Sakit Umum Daerah Arifin Achmad Provinsi Riau.....	123
5.2.2 Bagi Universitas Awal Bros.....	124
5.2.3 Bagi Peneliti Selanjutnya.....	124

DAFTAR PUSTAKA
LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

Tabel 1.1	Penelitian Terdahulu.....	7
Tabel 2.1	Data Pelayanan pada RSUD Arifin Achmad.....	9
Tabel 2.2	Langkah DMAIC.....	22
Tabel 2.3	Definisi 5S.....	26
Tabel 2.4	Penyesuaian Penerapan Sikap Kerja 5S dengan Siklus DMAIC (Furterer, 2014)	31
Tabel 3.1	Informan Penelitian.....	38
Tabel 3.2	Tabel Daftar Istilah	40
Tabel 3.3	Jadwal Penelitian.....	46
Tabel 4.1	Karakteristik Informan	47
Tabel 4.2	Diagram SIPOC Bagian Penyimpanan Unit Rekam Medis	54
Tabel 4.3	Masalah terkait Sikap Kerja 5S	57
Tabel 4.4	Masalah pada bagian penyimpanan unit rekam me dis	63
Tabel 4.5	Analisis Dampak/ <i>Severity</i>	65
Tabel 4.6	Analisis Probabilitas kegagalan	65
Tabel 4.7	Analisis Deteksi kemungkinan kegagalan.....	66
Tabel 4.8	Prioritas Masalah	68
Tabel 4.9	Metode 5W + 2H Penyusunan Rencana Tindakan	108
Tabel 4.10	<i>Checklist</i> Tahapan <i>Control</i>	111
Tabel 4.11	Masalah pada bagian penyimpanan dan hubungannya dengan sikap kerja 5S dan produktivitas petugas	114
Tabel 4.12	Perbandingan hasil penelitian terkait dengan hasil penelitian terkait	117

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1	Lean Tools	20
Gambar 2.2	Lean Six Sigma Roadmap	22
Gambar 2.3	Alur Penerapan Sikap Kerja 5S (Visco, 2016)	27
Gambar 2.4	Perbandingan Alur penerapan metode sikap kerja 5S tradisional dan baru (Willis, 2016)	28
Gambar 2.5	The Process Implementation House outlines how to achieve stability through standardized work and 5S/visual control (Willis, 2016)	29
Gambar 2.6	The Lean House yang menggambarkan hubungan elemen lean sebagai struktur berjenjang (Willis, 2016).....	30
Gambar 2.7	Kerangka Teori.....	35
Gambar 2.8	Kerangka Konsep	36
Gambar 4.2	Poster Sikap Kerja 5S (Lokasi: Area Distribusi Dokumen) Bagian Penyimpanan Rekam Medis	56
Gambar 4.3	Poster Sikap Kerja 5S (Lokasi: pintu masuk area ACI) Pintu penghubung area ACI dan penyimpanan.....	56
Gambar 4.4	Diagram Pareto Hasil Pengukuran Analisa Masalah dengan Metode FMEA	67
Gambar 4.5	Diagram Akar: Prioritas Masalah pada bagian penyimpanan unit rekam medis	71
Gambar 4.6	Letak Dokumen Rekam Medis Pada Rak tertutup	74
Gambar 4.7	Letak Dokumen Rekam Medis Pada Rak terbuka.....	74
Gambar 4.8	Proses Input nomor rekam medis ke sistem distribusi rekam medis	81
Gambar 4.9	Pengembalian Dokumen rekam medis dari rawat inap.....	81
Gambar 4.11	Pencatatan nomor rekam medis ke dalam buku ekspedisi.....	86
Gambar 4.10	Pengantaran dokumen rekam medis ke poli	86
Gambar 4.12	Peletakan dokumen rekam medis kedalam keranjang sesuai poli tujuan	88
Gambar 4.13	Diagram Akar penerapan sikap kerja 5S.....	90
Gambar 4.14	Sepeda Elektrik yang tidak terpakai lagi (Lokasi: pintu masuk area rak penyimpanan dokumen rekam medis)	93
Gambar 4.17	Kondisi Peletakan Dokumen In aktif pada area distribusi rekam medis	95
Gambar 4.16	Kondisi tumpukan dokumen rekam medis in aktif di belakang rak penyimpanan aktif	96

Gambar 4.15 Kondisi Penyimpanan Dokumen aktif pada area belakang penyimpanan aktif	95
Gambar 4.18 Perbatasan area penyimpanan rekam medis aktif & penyimpanan rekam medis in aktif	98
Gambar 4.19 Kondisi Kebersihan area kerja bagian penyimpanan aktif (Lokasi: Area Distribusi rekam medis)	99
Gambar 4.20 Kondisi Kebersihan area kerja bagian penyimpanan in aktif	99
Gambar 4.21 Kondisi Kebersihan pada sela – sela rak penyimpanan.....	100
Gambar 4.22 Contoh penyusunan dokumen di rak dengan baik dan rapi (Grabau, 2016)	110
Gambar 4.23 Contoh pengorganisasian peralatan kerja dengan baik (Grabau, 2016)	110
Gambar 4.24 Jadwal shift kerja petugas bagian penyimpanan unit rekam medis	112
Gambar 4.25 Jadwal shift kerja petugas bagian penyimpanan unit rekam medis	112

DAFTAR BAGAN

Bagan 4. 1 Alur Pengolahan Dokumen Rekam Medis pada unit rekam medis RSUD Arifin Achmad (Data Primer, 2022).....	47
Bagan 4. 2 Alur Penyimpanan aktif	49
Bagan 4. 3 Alur Penyimpanan In aktif.....	52

DAFTAR SINGKATAN

RSUD	:	Rumah Sakit Umum Daerah
DMAIC	:	<i>Define, Measure, Analyze, Improve, Control</i>
DMADV	:	<i>Define, Measure, Analyze, Design, Verify</i>
FMEA	:	<i>Failure Mode and Effect Analysis</i>
5S	:	<i>Simplify/ Sort/ Seiri, Straighten/ Seiton, Scrub/ Shine/ Seiso, Standardize/ Seiketsu, Sustain/ Shitsuke</i>
5R (Singkatan Istilah dari 5S)	:	Ringkas, Rapi, Resik, Rawat, Rajin
SOP	:	Standar Operasional Prosedur
LSS	:	<i>Lean Six Sigma</i>
SIPOC	:	<i>Suppliers, Inputs, Process, Output, Custome</i>
DPMO	:	<i>Defect Per Million Oppurtunity</i> (perhitungan untuk mengukur dan kapabilitas sigma)
KPTS.188/RSUD-YANMED/3098	:	Keputusan.188/Rumah Sakit Umum Daerah-Pelayanan Medis/3098
DEPKES RI	:	Departemen Kesehatan Republik Indonesia
PTS	:	<i>Pneumatic Tube System</i> (Alat distribusi Rekam Medis)
VSM	:	<i>Value Stream Mapping</i> (salah satu alat <i>Lean</i>)
SMED	:	<i>Single-minute exchange of dies</i> (salah satu alat <i>Lean</i>)
SPC	:	<i>Statistic Process Control</i> (Proses Kontrol Statistik)
TQM	:	<i>Total Quality Management</i>
BPR	:	<i>Business Process Reengineering</i>
5W + 2H	:	<i>What, why, where, when, who, how, how much</i>
CTQ	:	<i>Critical To Quality</i>
PIC	:	<i>Person In Charge</i>

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Surat Permohonan Izin Studi Pendahuluan
- Lampiran 2 Surat Izin Pengambilan Data
- Lampiran 3 Permohonan Izin Kaji Etik
- Lampiran 4 Surat Keterangan Lolos Etik
- Lampiran 5 Permohonan Izin Penelitian
- Lampiran 6 Surat Izin Penelitian
- Lampiran 7 Surat Selesai Penelitian
- Lampiran 8 Penjelasan Mengenai Penelitian
- Lampiran 9 Permohonan Menjadi Informan
- Lampiran 10 *Informed Consent*
- Lampiran 11 Lembar Observasi
- Lampiran 12 Pedoman Wawancara
- Lampiran 13 Hasil Observasi
- Lampiran 14 Matriks Wawancara
- Lampiran 15 Hasil Analisa Data (dengan metode FMEA)
- Lampiran 16 Rancangan Perbaikan Kontrol & Evaluasi
- Lampiran 17 Struktur Organisasi RSUD Arifin Achmad Provinsi Riau
- Lampiran 18 Struktur Organisasi Unit Rekam Medis RSUD Arifin Achmad
- Lampiran 19 Lembar Konsultasi Pembimbing I
- Lampiran 20 Lembar Konsultasi Pembimbing II
- Lampiran 21 Dokumentasi Penelitian

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Sektor pelayanan kesehatan merupakan industri dengan pertumbuhan terbesar dan tercepat di dunia (Bhat et al., 2020). Situasi pelayanan kesehatan di Indonesia terutama pada saat pandemi ini menunjukkan penilaian kapasitas pelayanan kesehatan terutama dari 4 elemen penting yaitu staf atau sumber daya manusia, barang (seperti persediaan), struktur (Tempat tidur rumah sakit dan pengolahan limbah medis) serta sistem (seperti rujukan dan layanan kesehatan esensial) berada pada kondisi yang tidak memadai (Mahendradhata et al., 2021). Selain itu masalah efisiensi dan efektivitas masih dapat ditemukan di rumah sakit di Indonesia (Iswanto, 2019).

Rumah sakit dituntut agar bersikap proaktif serta memberikan pelayanan secara maksimal dan berkualitas. Rumah sakit berperan sebagai subsistem pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan dua jenis pelayanan untuk masyarakat yang berupa pelayanan administrasi kesehatan dan pelayanan kesehatan masyarakat yang merangkul pelayanan medis, pelayanan penunjang medis, rehabilitasi medik dan pelayanan perawatan dimana pelayanan tersebut dilaksanakan melalui unit gawat darurat, unit rawat jalan dan unit rawat inap (Murni, 2018). Salah satu bagian yang ada di rumah sakit yaitu unit rekam medis. Unit rekam medis merupakan salah satu bagian yang sangat penting pada evaluasi pelayanan, pembiayaan operasional dengan jenis *stationery* yang cukup tinggi, hingga berperan sangat penting pada kendali mutu rumah sakit (Murni, 2018).

Sebuah rumah sakit NHS (*National Health Service*) di Inggris mengalami masalah penundaan dan pembatalan akibat aliran proses yang tidak efisien dari rekam medis pasien. Seorang pasien rata – rata harus melewati lebih dari 150 prosedur dan 50 tanggung jawab penggantian penanganan sehingga

menyebabkan terjadinya inefisiensi dalam pelayanan rekam medis selain itu masalah komunikasi antar unit yang kurang baik juga ditemukan dalam pelayanan rekam medis (Iswanto, 2019). Dokumen –dokumen yang dimiliki oleh unit rekam medis memiliki jumlah yang tidak sedikit sehingga penataan ruangan yang baik sangat diperlukan agar tidak menghambat saat pencarian dokumen (Natasya, 2020). Pemborosan yang paling sering terjadi pada unit rekam medis adalah waktu tunggu yang berhubungan dengan waktu proses pada unit tersebut, misalnya terjadi kesalahan pada data seperti terdapat kesamaan nama pasien sehingga dapat mempersulit petugas untuk mengakses data serta petugas yang harus memeriksa tumpukan data untuk mendapatkan data pasien, hal inilah yang dapat memperpanjang waktu tunggu pasien dalam pengambilan berkas rekam medis (Iswanto, 2019).

Data hasil analisis perhitungan kunjungan pasien instalasi rawat jalan Rumah Sakit Umum Daerah Arifin Achmad menunjukkan terjadinya peningkatan jumlah kunjungan pasien pada unit rawat jalan dari tahun 2020 – 2021 dengan jumlah selisih sebanyak 31.890 pengunjung atau dengan presentase kenaikan sebesar 7 % pada data pengunjung unit rawat jalan serta sekitar 12 % pada data pengunjung unit rekam medis. Merujuk dari data ini dapat dilihat bahwa kenaikan jumlah pasien dapat memberikan dampak pada pelayanan di unit rekam medis berupa kenaikan jumlah permintaan berkas rekam medis sehingga penyediaan berkas rekam medis harus dilakukan secepat mungkin sesuai dengan peraturan yang ada (Aliefia, 2020) serta dapat meningkatkan beban kerja petugas (Pratiwi, 2021).

Berdasarkan observasi yang telah dilakukan terdapat informasi dari salah satu petugas di unit rekam medis RSUD Arifin Achmad Provinsi Riau bahwa bagian yang paling sering mengalami permasalahan yaitu bagian penyimpanan. Bagian penyimpanan unit rekam medis RSUD Arifin Achmad Provinsi Riau mengalami permasalahan kekurangan jumlah tenaga kerja terutama tenaga kerja dengan latar belakang lulusan rekam medis. Sehingga unit rekam medis pada bagian penyimpanan tidak memiliki petugas khusus untuk memeriksa

kelengkapan dari berkas rekam medis pasien rawat jalan. Temuan ini sejalan dengan penelitian dari (Murni, 2018) yakni, kurangnya sumber daya manusia yang memiliki latar belakang pendidikan yang sesuai maupun tidak sesuai dengan pekerjaan misalnya kekurangan tenaga khusus untuk melakukan retensi, alih media dan pemusnahan.

Hasil Observasi selama studi pendahuluan menunjukkan kondisi Ruang penyimpanan rekam medis tidak bersih dan cukup berantakan. Selain itu cukup banyak dijumpai map dokumen yang terletak di lantai dan di bawah rak dokumen. Berdasar keterangan dari petugas penyimpanan bahwa bagian penyimpanan mengalami kekurangan sarana dan prasarana seperti pada berkas in aktif yang hanya diikat dan di letakkan di atas rak. Hal inilah yang dapat menyebabkan petugas kesulitan mencari berkas yang diperlukan ketika pasien pemilik berkas in aktif kembali berobat di rumah sakit. Selain itu petugas juga menyampaikan bahwa audit untuk pemeriksaan kinerja petugas bagian penyimpanan sudah cukup lama tidak dilakukan lagi. Temuan ini juga sesuai dengan masalah yang dijumpai pada penelitian sebelumnya seperti terdapat barang atau dokumen yang tidak diperlukan dimeja petugas yang dapat mengganggu aktivitas petugas, terdapat sampah makanan diatas meja petugas yang membuat ruangan menjadi kotor, terdapat ketidaksesuaian pemulangan berkas rekam medis dengan SOP pemulangan yang dapat menyebabkan kesulitan pada peminjaman serta pencarian berkas rekam medis yang dibutuhkan (Natasya, 2020).

Berdasarkan penjabaran masalah diatas Metode atau sikap kerja yang bersifat sederhana, sesuai dengan permasalahan yang ada serta baik digunakan dalam menunjang produktivitas dan mengubah kebiasaan petugas rekam medis menjadi lebih baik yaitu metode *Lean* dengan 5S (*Simplify, Straighten, Scrub, Stabilize, Sustain*). 5S adalah alat *Lean* yang membantu mengatur tempat kerja serta metode *Six Sigma* dengan menggunakan siklus DMAIC (*Define-Measure-Analyze-Improve-Control*) sebagai metode analisis data dalam penyelesaian masalah dalam organisasi. Penggunaan metode *Six Sigma* dapat

diterapkan ketika sebuah organisasi atau perusahaan ingin meningkatkan pemasukan, penghasilan, serta produktivitas karyawannya (Honda et.al, 2018). Penggabungan metode *Lean* dan metode *Six sigma* bertujuan untuk membantu pemecahan masalah dengan fokus pada pengukuran dan mengeliminasi masalah serta meningkatkan nilai tambah pada pelayanan (Honda et.al, 2018).

Sikap kerja 5S merupakan prasyarat untuk menerapkan metode *Lean* pada lingkungan organisasi yang dapat memfasilitasi penerapan antar proses pada metode *Lean*. Sikap kerja 5S yang pada awalnya sering diabaikan oleh staf medis namun ketika sudah diterapkan pada lingkungan kerja, penerapan salah satu alat metode *lean* ini memberikan dampak berupa dapat memecahkan banyak masalah pada lingkungan kerja, meningkatkan ketersediaan alat, menyederhanakan transmisi dokumentasi, mengurangi kesalahan dalam rekam medis dan buku harian keperawatan, mengurangi duplikasi permintaan dan dokumentasi medis, menciptakan tempat kerja yang fleksibel hingga meminimalisir pergerakan dan transportasi di rumah sakit (Rosa et.al, 2021).

Berdasarkan wawancara singkat dengan kepala ruangan dan koordinator bagian penyimpanan unit rekam medis terdapat informasi bahwa aktivitas 5S secara rutin sudah diterapkan pada aktivitas pengolahan berkas rekam medis secara tidak sengaja, atau metode 5S ini belum diterapkan secara formal sebagai pendekatan standar kualitas. Hasil observasi selama studi pendahuluan menjadi alasan utama penelitian ini dilakukan yaitu untuk melihat sejauh mana penerapan metode 5S serta hubungan metode 5S terhadap produktivitas petugas bagian penyimpanan unit rekam medis, dengan judul penelitian berupa “Penerapan Sikap Kerja 5S dengan metode *Lean Six Sigma* terhadap produktivitas kinerja petugas Unit Rekam Medis RSUD Arifin Achmad”.

1.2 Rumusan Masalah

Rumusan masalah dari penelitian ini yaitu : Bagaimana penerapan sikap kerja 5S menggunakan metode *lean six sigma* terhadap produktivitas kinerja petugas bagian penyimpanan unit rekam medis Rumah Sakit Umum Daerah

Arifin Achmad Provinsi Riau?. Berikut adalah Pertanyaan yang dirumuskan dalam penelitian ini:

1. Apakah seluruh sikap kerja 5S sudah diterapkan dengan baik pada petugas bagian penyimpanan unit rekam medis Rumah Sakit Umum Daerah Arifin Achmad Provinsi Riau?
2. Bagaimana hubungan antara sikap kerja 5S terhadap produktivitas kerja petugas bagian penyimpanan unit rekam medis Rumah Sakit Umum Daerah Arifin Achmad Provinsi Riau?
3. Bagaimana penerapan secara sistematis metode sikap kerja 5S pada petugas di bagian penyimpanan unit rekam medis Rumah Sakit Umum Daerah Arifin Achmad Provinsi Riau?

1.3 Tujuan Penelitian

Tujuan umum dari penelitian ini yaitu untuk Mengetahui penerapan sikap kerja 5S menggunakan metode *lean six sigma* terhadap produktivitas petugas unit rekam medis Rumah Sakit Umum Daerah Arifin Achmad. Adapun tujuan khusus dari penelitian ini yaitu:

1. Mengetahui penerapan seluruh sikap kerja 5S pada petugas bagian penyimpanan unit rekam medis Rumah Sakit Umum Daerah Arifin Achmad Provinsi Riau
2. Mengetahui hubungan antara sikap kerja 5S terhadap produktivitas kerja petugas bagian penyimpanan unit rekam medis Rumah Sakit Umum Daerah Arifin Achmad Provinsi Riau
3. Mengetahui penerapan secara sistematis metode sikap kerja 5S pada petugas bagian penyimpanan unit rekam medis Rumah Sakit Umum Daerah Arifin Achmad Provinsi Riau

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat bagi tenaga Administrasi Rumah Sakit

Adapun manfaat penelitian ini bagi Administrasi Rumah Sakit yang membacanya yaitu dapat menjadi acuan dalam melakukan penelitian kedepannya dengan metode yang sama yaitu penerapan *lean six sigma* pada aktivitas petugas unit rekam medis hingga dapat dikembangkan lebih jauh bagaimana pengimplementasian dari metode *lean six sigma* dalam pelayanan kesehatan.

1.4.2 Manfaat bagi masyarakat

Adapun manfaat bagi masyarakat umum yang membaca penelitian ini ialah dapat memberikan pengetahuan secara umum kepada masyarakat mengenai Tugas, fungsi maupun peran dari unit rekam medis pada rumah sakit hingga fungsi dan peran penting rekam medis terhadap pasien.

1.4.3 Manfaat bagi Instansi Pendidikan

Adapun manfaat penelitian ini bagi institusi pendidikan yang menaungi program studi administrasi rumah sakit maupun institusi lainnya dapat dijadikan sebagai sumber tambahan pustaka, sebagai pedoman dan acuan apabila mengangkat kembali kunci permasalahan dan metode yang sama serta dapat menjadi nilai tambah untuk kekayaan sumber ilmu pustaka.

1.4.4 Manfaat bagi peneliti selanjutnya

Adapun manfaat penelitian ini bagi penelitian selanjutnya yaitu sebagai pedoman pengembangan dalam penelitian selanjutnya serta sebagai perbandingan pada hasil penelitian yang telah dilakukan.

1.5 Ruang Lingkup Penelitian

Berdasar identifikasi latar belakang masalah dan disesuaikan dengan beberapa faktor antara lain faktor biaya, keterbatasan waktu penelitian dan kemampuan peneliti, maka penelitian ini dibatasi sesuai dengan subjek dan objek serta waktu penelitian. Ruang lingkup pada penelitian ini ialah sebagai berikut :

1. Subjek dan Objek pada penelitian ini adalah petugas dan aktivitas pengolahan berkas pada bagian penyimpanan unit rekam medis RSUD Arifin Achmad Provinsi Riau
2. Unit yang diteliti yaitu bagian penyimpanan unit Rekam medis
3. Waktu pengumpulan data awal: data primer dan data sekunder dilakukan dari 24 Januari – 24 Februari 2022

1.6 Penelitian Terkait

Adapun beberapa penelitian sebelumnya yang terkait dengan penelitian ini adalah sebagai berikut :

Tabel 1. 1 Penelitian Terdahulu

No	Judul Penelitian	Tahun Penelitian	Permasalahan	Metode penelitian	Hasil
1.	Pengaruh Implementasi 5S Terhadap Efektivitas Pekerja Bagian Rekam Medik Di Rumah Sakit Tk Ii Putri Hijau Medan	2020	Terdapat barang yang tidak diperlukan di area kerja sehingga membuat area kerja menjadi tidak rapih sehingga pekerja merasa kurang nyaman dalam bekerja.	Deskriptif Analitik (Survei)	Penerapan 5S di rekam medis dalam kategori sangat memuaskan. 5S mempunyai hubungan dengan efektivitas kerja (sig = 0,01). Secara parsial hanya variabel seiton yang berpengaruh terhadap efektivitas kerja (sig = 0,018). Secara

					simultan variabel 5S berpengaruh terhadap efektivitas kerja (sig = 0,005)
2.	<i>The Effect Of 5S on Employee Performance: An Empirical Study among Lebanese Hospitals</i>	2020	Tidak ada fokus untuk meningkatkan operasi sikap kerja 5S pada pelayanan kesehatan di Lebanon	Kuantitatif	Sikap kerja 5S menjelaskan 27.9 % dari kinerja karyawan, serta penerapan sikap kerja 5S secara signifikan dapat memprediksi kinerja karyawan.
3.	Peningkatan Efisiensi tempat penyimpanan dokumen dengan menggunakan metode 5S dan siklus PDCA di industri Farmasi	2021	Terdapat kondisi penumpukan dokumen yang sudah melewati batas penyimpanan, ruang penyimpanan dokumen yang tidak rapi serta waktu pencarian dokumen yang lama	5S dan siklus PDCA	Mengurangi penumpukan dokumen sebesar 16 %, meningkatkan jumlah area kosong sebesar 21 %, waktu pencarian dokumen menjadi lebih cepat (94 %) hingga menghemat biaya sebesar 79,90 %

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Telaah Pustaka

2.1.1 Profil Rumah Sakit

Rumah sakit tempat dilakukannya penelitian adalah Rumah Sakit milik pemerintah yang merupakan rumah sakit kelas B pendidikan. Rumah Sakit ini pada awalnya memiliki nama RSUD (Rumah Sakit Umum Daerah) Provinsi Riau kemudian pada tahun 2005 berganti nama menjadi RSUD Arifin Achmad. Rumah Sakit ini berlokasi di Jalan Diponegoro No. 2 Kota Pekanbaru, Provinsi Riau serta berbatasan sebelah utara dengan hangtuah, berbatasan sebelah selatan dengan jalan diponegoro. Rumah sakit ini memiliki tugas dan fungsi yang mencakup upaya pelayanan kesehatan perorangan, pusat rujukan dan pembina rumah sakit kabupaten/kota se provinsi Riau serta merupakan tempat pendidikan mahasiswa fakultas kedokteran Universitas Riau dan institusi pendidikan kesehatan lainnya. Rumah sakit Arifin Achmad memiliki bangunan yang terletak diatas tanah seluas 7 hektare. Rumah Sakit Umum Daerah Arifin Achmad memiliki pelayanan sebagai berikut:

Tabel 2. 1 Data Pelayanan pada RSUD Arifin Achmad

Nama Pelayanan	Nama Poli
Pelayanan rawat jalan	1. Penyakit Dalam
	2. Bedah
	3. Kesehatan Anak
	4. Kesehatan Anak Lainnya
	5. Obstetri & Ginekologi (Ibu Hamil)
	6. Obstetri & Ginekologi (Ibu Hamil) (Lainnya)
	7. Keluarga Berencana
	8. Bedah Syaraf

Pelayanan rawat jalan	9. Syaraf	
	10. Jiwa	
	11. Napza	
	12. Psikologi	
	13. THT	
	14. Mata	
	15. Kulit dan Kelamin	
	16. Gigi dan mulut	
	17. Geriatri	
	18. Kardiologi	
	19. Radiologi	
	20. Bedah Orthopedi	
	21. Paru - paru	
	22. Kusta	
	23. Umum	
	24. Rawat Darurat	
	25. Rehab Medik	
	26. Akupuntur Medik	
	27. Konsultasi Gizi	
	28. Day Care	
	29. Lain - lain	
	<hr/>	
	Pelayanan rawat inap	
	<hr/>	
	Pelayanan penunjang	
	<hr/>	
	Pelayanan unggulan	1.) Jantung terpadu
		2.) Kanker terpadu
		3.) Trauma centre
<hr/>		
Pelayanan inovatif		
<hr/>		
Pelayanan MCU Online		
<hr/>		

Sumber: Data Sekunder RSUD Arifin Achmad, 2022

Rumah sakit ini memiliki jumlah kapasitas tempat tidur sebanyak 543 buah. Rumah sakit Arifin Achmad memiliki Visi menjadi Rumah sakit Pendidikan mandiri dengan pelayanan paripurna yang memenuhi standar internasional, serta memiliki Misi menjadi rumah sakit pendidikan mandiri, memberikan pelayanan paripurna serta memberi pelayanan sesuai dengan standar internasional. Berdasarkan Surat Keputusan direktur Nomor: 394/IX/RSUD/206 tentang kebijakan pelayanan RSUD Arifin Achmad dan Nomor: Kpts 149/III/2016 tentang pedoman pelayanan rekam medis pada standar operasional prosedur bagian penyimpanan rekam medis pasien dengan Nomor

dokumen: 173/46/SPO/IV/2017 rincian mengenai jam kerja petugas pada bagian penyimpanan rekam medis adalah sebagai berikut:

- a. Senin s/d Kamis : Pukul 13.00 wib
- b. Jumat : Pukul 11.00 wib
- c. Sabtu : Pukul 12.00 wib

2.1.2 Pelayanan Kesehatan

Menurut Undang-undang No. 44 tahun 2009 tentang rumah sakit Pelayanan kesehatan secara paripurna merupakan pelayanan yang terdiri dari pelayanan promotif, kuratif dan rehabilitatif. Memberikan pelayanan kesehatan yang baik dan bermutu merupakan tujuan utama dari setiap instansi pelayanan kesehatan dalam memberikan pelayanan kepada pasien, pelayanan yang baik berupa pelayanan yang aman, bermutu, antidiskriminasi, serta efektif dengan mengutamakan kepentingan pasien sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit. Menurut (Handayani, 2021) pelayanan kesehatan adalah organisasi pelayanan kesehatan yang memberikan pelayanan kepada pasien secara langsung atau individu dalam aspek klinis maupun non klinis, sehingga pengelolaan rekam medis dibutuhkan dalam pelayanan. Menurut Depkes RI (2009) pelayanan kesehatan merupakan upaya yang diselenggarakan baik secara mandiri maupun bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan menyembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan perorangan, keluarga, kelompok ataupun masyarakat. Sehingga berdasarkan beberapa pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa pelayanan kesehatan merupakan upaya penyelenggaraan pelayanan kesehatan baik secara mandiri maupun bersama-sama yang terdiri dari pelayanan promotif, kuratif dan rehabilitatif.

2.1.3 Rumah Sakit

Berdasarkan Undang – undanag No. 44 tahun 2009 tentang rumah sakit, rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Menurut keputusan menteri kesehatan republik indonesia No. 340/MENKES/PER/III/2010 Rumah sakit merupakan institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan rawat darurat. Sehingga menurut beberapa pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa rumah sakit merupakan organisasi berupa institusi dalam pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna dan menyediakan pelayanan rawat jalan, rawat inap serta rawat darurat. Menurut undang-undang No.44 tahun 2009 rumah sakit bertugas untuk memberikan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna sementara fungsi dari rumah sakit ialah sebagai berikut :

- a. Menyelenggarakan pelayanan pengobatan dan pemulihan kesehatan sesuai dengan prosedur pelayanan di rumah sakit
- b. Memelihara dan meningkatkan kesehatan perorangan melalui pelayanan kesehatan paripurna tingkat kedua dan ketiga sesuai dengan kebutuhan medis
- c. Menyelenggarakan pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia dalam rangka peningkatan kemampuan dalam memberi pelayanan kesehatan
- d. Menyelenggarakan penelitian dan pengembangan serta penapisan pada teknologi kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan bidang kesehatan

2.1.4 Pelayanan Rawat Jalan, Rawat Inap dan Rawat Darurat

Pelayanan rawat jalan merupakan salah satu bentuk dari pelayanan fungsional pada rumah sakit yang berperan pada penerimaan pasien baik pada pasien berobat jalan maupun pasien yang akan dirawat. Pelayanan rawat jalan adalah suatu bentuk pelayanan kedokteran yang disediakan untuk pasien tidak dalam bentuk rawat inap. Rawat inap adalah pelayanan kesehatan yang meliputi observasi, diagnosa, pengobatan, keperawatan, rehabilitasi medik, dengan menginap di ruang rawat inap pada sarana kesehatan rumah sakit, puskesmas, dan rumah bersalin yang oleh karena penyakit penderita harus menginap. Pelayanan rawat darurat adalah merupakan intensif *care unit*. Unit kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan gawat darurat disebut dengan Unit Gawat Darurat (Widowati, 2018).

2.1.5 Rekam Medis

Menurut peraturan menteri kesehatan No.269/ MENKES/ PER/ III/ 2008 tentang rekam medis, rekam medis merupakan berkas yang berisi catatan dan dokumen mengenai identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien. Rekam medis dapat dibuat secara tertulis maupun elektronik secara lengkap dan jelas. Menurut Supriadi (2019) Pada rawat jalan terdapat pelayanan rekam medis yang dimana pelayanan berawal dari pendaftaran pasien hingga memperoleh dokumen rekam medis yang berguna untuk mendapatkan pengobatan pada pelayanan rawat jalan. Menurut (abduh, 2020) tujuan dari penyelenggaraan rekam medis terdiri dari beberapa aspek sebagai berikut :

- a. Aspek administrasi, berkas rekam medis memiliki nilai administrasi sebab isi dari rekam medis merupakan catatan hasil dari tindakan petugas medis dan paramedis dalam mencapai tujuan pelayanan

- b. Aspek medis, berkas rekam medis bernilai medis sebab isinya dapat digunakan kembali untuk pedoman perencanaan pengobatan yang diberikan oleh petugas medis dan paramedis kepada pasien
- c. Aspek hukum, berkas rekam medis bernilai hukum sebab isinya berkaitan pada jaminan kepastian hukum atas dasar keadilan serta dapat digunakan untuk pembuktian menegakkan keadilan
- d. Aspek keuangan, berkas rekam medis bernilai uang sebab isinya berupa informasi dan data yang dapat digunakan sebagai sumber dalam menghitung biaya tindakan perawatan serta klaim biaya asuransi
- e. Aspek penelitian, berkas rekam medis dapat digunakan untuk penelitian dikarenakan isinya berupa informasi yang dapat menjadi sumber penelitian
- f. Aspek pendidikan, berkas rekam medis dapat digunakan sebagai pedoman untuk referensi pengajaran bidang profesi kesehatan karena isi rekam medis memuat informasi tentang urutan perkembangan serta kegiatan pelayanan yang diberikan kepada pasien
- g. Aspek dokumentasi, isi dari rekam medis berupa kronologi tindakan perawatan yang diberikan kepada pasien secara keseluruhan sehingga harus didokumentasikan untuk bahan pertanggungjawaban dan laporan pelayanan kesehatan

Sementara fungsi dari rekam medis ialah sebagai berikut :

1. Pedoman pemeliharaan kesehatan serta pengobatan pasien
2. Sebagai bukti dalam perkara umum
3. Sebagai keperluan untuk penelitian dan pendidikan
4. Sebagai sumber pembayaran biaya pelayanan kesehatan
5. Dasar dalam persiapan statistik kesehatan

Berdasarkan peraturan menteri kesehatan No. 269/MENKES/PER/III/2008 tentang rekam medis, isi rekam medis untuk pasien rawat jalan pada sarana pelayanan kesehatan sekurangnya memuat :

- a. Identitas pasien
- b. Tanggal dan waktu
- c. Hasil anamnesis, yang minimal mencakup keluhan dan riwayat penyakit
- d. Hasil pemeriksaan fisik dan penunjang medik
- e. Diagnosis
- f. Rencana penatalaksanaan
- g. Pengobatan dan atau tindakan
- h. Pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien
- i. Untuk pasien kaus gigi dilengkapi dengan odontogram klinik
- j. Persetujuan tindakan bila diperlukan

Setiap pencatatan rekam medis harus di bubuhi nama, waktu dan tanda tangan dokter, dokter gigi ataupun tenaga kesehatan tertentu yang berkaitan memberi pelayanan kesehatan. Berkas rekam medis merupakan milik dari rumah sakit sementara isi rekam medis adalah milik pasien. Rekam medis dapat digunakan untuk keperluan sebagai berikut :

- a. Pemeliharaan kesehatan dan pengobatan pasien
- b. Sebagai alat bukti dalam proses hukum, disiplin kedokteran dan kedokteran gigi, serta penegakkan etika kedokteran dan kedokteran gigi
- c. Keperluan pendidikan dan penelitian
- d. Dasar pembayar biaya pelayanan kesehatan
- e. Data statistik kesehatan

Unit rekam medis merupakan ruang kerja yang dapat berupa perkantoran dan bertugas untuk menyelenggarakan pelayanan rekam

medis. Unit rekam medis memiliki tugas dan fungsi yang dapat dikelompokkan menjadi 3 kategori besar yakni :

a) Pekerjaan Mendasar

Pada kategori ini meliputi sistem rekam medis dan informasi kesehatan yang dimulai dari pendaftaran, pendistribusian, penataan, analisis, klasifikasi diagnosa dan tindakan, statistik dan pelaporan, penyimpanan rekam medis, pengambilan kembali, penyusutan dan pemusnahan.

b) Pekerjaan tingkat kedua

Kategori pekerjaan ini meliputi statistik dan pelaporan seperti : sensus harian pasien hingga menghitung pengisian tempat tidur, menghitung hari rawat, lama perawatan, angka kematian dan kelahiran yang harus disiapkan dalam bentuk laporan indikator rumah sakit.

c) Pekerjaan tingkat ketiga

Kategori ini meliputi pekerjaan dengan tingkat yang lebih tinggi dan profesional yaitu mengarah pada manajemen informasi kesehatan secara profesional.

Pada setiap unit pelayanan yang ada di rumah sakit terdapat sarana dan prasarana sebagai penunjang proses pelayanan di rumah sakit. Salah satu penerapan pada unit rekam medis yaitu sarana yang ada pada pelayanan rekam medis merupakan alat bantu untuk mencapai tujuan pelayanan seperti alat tulis kantor, komputer, mesin cetak, *tracer* rekam medis, kartu indeks utama pasien dan masih banyak lagi. Secara umum jenis sarana yang dibutuhkan pada unit rekam medis yaitu :

a. Alat penyimpanan dan penjajaran yang terdiri dari :

- 1) Rak terbuka (*open self file unit*)
- 2) Lemari lima laci (*five-drawer file cabinet*)
- 3) Rak statis dan dinamis (*Roll o'pack*)
- 4) Lemari arsip (*filing cabinet*)

- 5) Lemari arsip standar : 2,4,5, dan 6 laci
 - 6) File tegak berputar (*vertical rotary file*)
- b. Perlengkapan penyimpanan yang terdiri dari :
- 1) Penyekat
 - 2) Map (Folder)
 - 3) Penunjuk (Folder)
 - 4) Kata tangkap (*caption*)
 - 5) Alat bantu kearsipan
 - 6) Tangga dengan alas karet pada kaki
- c. Alat distribusi yang terdiri dari :
- 1) *Trolly* barang
 - 2) *Lift* barang
 - 3) Sepeda berkeranjang
 - 4) *Pneumatic tube system (PTS)*
 - 5) *Lift* dokumen

Alur kegiatan pelayanan rekam medis pada rawat jalan secara umum ialah sebagai berikut yang terdiri dari 2 kategori yakni kategori data entri pasien baru dan kategori data entri pasien lama :

a. Data entri pasien baru

Merupakan proses menginput data pasien yang baru pertama kali datang ke rumah sakit.

b. Data entri pasien lama

Merupakan proses menginput data pasien yang bertujuan untuk mengorder atau mem-*booking* pelayanan yang ingin dituju.

Struktur organisasi RSUD Arifin Achmad Provinsi Riau berada pada lampiran 17.

2.1.6 Konsep Lean Six Sigma

A. Konsep *Lean*

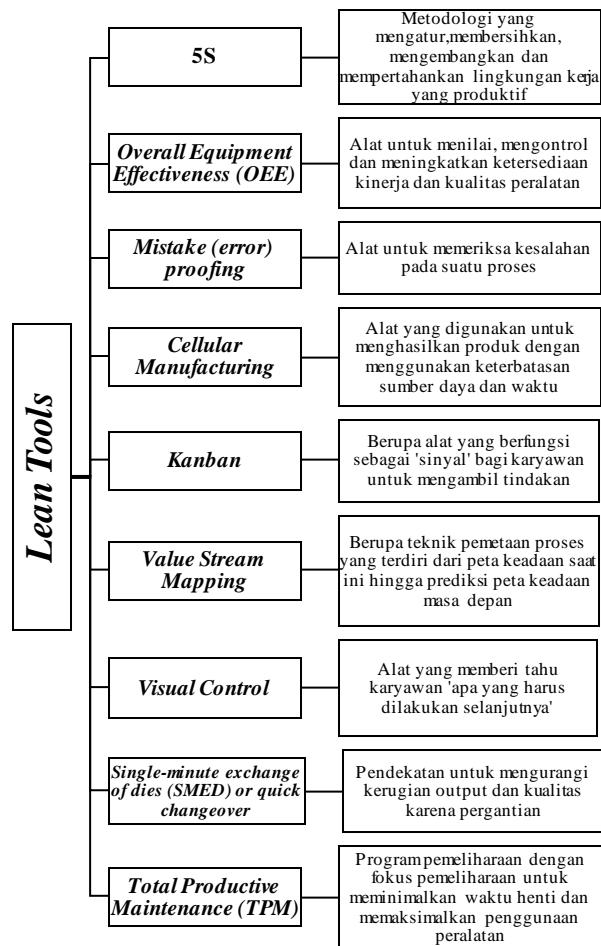
Metodologi *lean* merupakan seperangkat alat, sistem manajemen, dan filosofi yang dapat mengubah cara rumah sakit diatur dan dikelola. *Lean* adalah metodologi untuk meningkatkan kualitas perawatan untuk pasien dengan mengurangi kesalahan dan waktu tunggu, yang juga menghasilkan biaya (Grabau, 2016). Konsep *lean* pada awalnya diusung oleh perusahaan Toyota, popularitas pengenalan konsep ini mulai meledak setelah tahun 1973 (setelah masa krisis energi) (Furterer, 2014). Dasar dari pengaplikasian konsep *lean* dimulai dari cara berfikir “*lean*” atau biasa disebut dengan “*Lean Thinking*”.

Lean memiliki fokus pada menghapus *waste* atau pemborosan dalam suatu proses dan meningkatkan kecepatan suatu proses dengan tetap berpedoman pada pertimbangan kualitas produk sesuai dengan kebutuhan pelanggan atau pasien. *Lean* mendorong perubahan pada berbagai sektor usaha seperti sektor komersial dan industri yang dimulai dari otomotif, kedirgantaraan, konstruksi hingga pada sektor pelayanan kesehatan (Nariyantha, 2020).

Lean memiliki seperangkat alat yang dapat digunakan untuk mengeliminasi *waste* dengan VSM, 5S, SMED dan *standardize work* yang terfokus pada aspek proses manufaktur untuk menghilangkan *waste*, meningkatkan kualitas serta mengurangi waktu dan biaya (Kurniasih, 2021). Alat – alat yang digunakan pada metodologi *lean* dapat berperan untuk menganalisis dan mengurangi aktivitas yang tidak memiliki nilai tambah, membantu memeriksa kesalahan pada suatu proses hingga manajemen visual untuk meminimalkan infeksi dan kecelakaan kerja (McDermott & Anthony, 2020).

Metodologi *lean* dapat diterapkan pada semua organisasi termasuk organisasi pelayanan kesehatan seperti rumah sakit. Konsep *lean* jika diterapkan di rumah sakit dapat juga disebut dengan *lean hospital*, penerapan *lean* di rumah sakit sangat diperlukan agar rumah sakit dapat memberikan pelayanan kepada pasien dengan mengeliminasi pemborosan yang dapat memberikan nilai tambah kerugian (baik secara fisik maupun finansial) kepada rumah sakit (Kusdarmaji, 2021).

Lean memberikan kesempatan pada staf maupun yang berada pada posisi terendah agar dapat bersuara, menyampaikan aspirasinya serta mengambil tindakan yang diperlukan demi upaya perbaikan (Pribadi & Ratnawati, 2020). Sehingga berdasarkan penjelasan teori dari berbagai sumber diatas dapat disimpulkan bahwa Konsep *Lean* merupakan metodologi yang berfokus pada pengurangan waktu dalam siklus layanan serta pemborosan pada proses pelayanan. Berikut adalah keseluruhan alat yang dapat digunakan pada konsep *lean* (Voehl, 2014):



Gambar 2. 1 *Lean Tools*

B. Konsep Six Sigma dan DMAIC

a. Six Sigma

Metodologi *six sigma* merupakan sebuah strategi dalam manajemen bisnis yang dirancang untuk meningkatkan kualitas pada proses keluaran dengan meminimalisir variasi dan penyebab cacat dalam suatu proses. Strategi ini merupakan bagian dari metodologi *Total Quality Management* yang memiliki fokus terutama pada aplikasi statistik yang digunakan untuk mengurangi biaya dan meningkatkan kualitas (Voehl, 2014). *Six sigma* merupakan bagian dari *Quality improvement*

tools yang berbasis pada penggunaan data dan statistik. Prinsip dasar pada konsep *six sigma* adalah dengan melakukan perbaikan proses sehingga proses tersebut dapat menghasilkan produk yang sempurna (Soemohadiwidjojo, 2017). Metode ini pertama kali dikembangkan oleh William B. Smith, Jr dan Dr. Mikel J. Harry pada tahun 1981. Pendekatan menggunakan metode *six sigma* digunakan untuk mengidentifikasi hal-hal yang berkaitan dengan penanganan *error* dan pengerjaan ulang produk yang akan menghabiskan biaya, waktu, mengurangi peluang mendapatkan pendapatan, dan mengurangi kepercayaan pelanggan. *Six sigma* merupakan filosofi dalam manajemen kualitas dan metodologi yang berfokus pada mengurangi variasi, mengukur *Defect* (output yang tidak sesuai dengan kebutuhan dan keinginan pelanggan), dan meningkatkan kualitas dari suatu produk, proses maupun pelayanan (Furterer, 2014). Terdapat 2 jenis pendekatan yang digunakan dalam menganalisa masalah serta mencari solusi penyelesaian masalah pada metode *Six sigma* yaitu DMAIC (*Define, Measure, Analyze, Improve, and Control*) dan DMADV (*Define, Measure, Analyze, Design and Verivy*). Pendekatan yang digunakan pada penelitian ini berupa pendekatan dengan siklus DMAIC.

b. DMAIC (*Define, Measure, Analyze, Improve, and Control*)

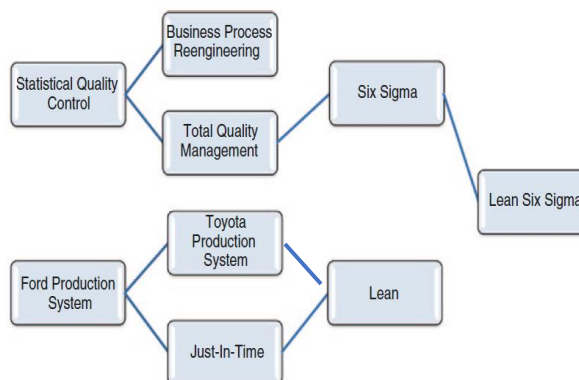
DMAIC merupakan siklus peningkatan kinerja proses berdasarkan data terkumpul. Alur yang terdiri dari langkah – langkah dalam siklus DMAIC adalah sebagai berikut :

Tabel 2. 2 Langkah DMAIC

No	Langkah	Keterangan
1.	<i>Define</i>	Menetapkan sistem dan tentukan masalah, menangkap suara pelanggan serta keinginan pelanggan, menetapkan sasaran yang ingin dicapai secara spesifik
2.	<i>Measure</i>	Melakukan pengukuran kinerja pada proses yang sedang berlangsung
3.	<i>Analyze</i>	Analisis penyebab masalah dan tentukan akar permasalahannya secara pasti
4.	<i>Improve</i>	Mengidentifikasi aksi dan mengurangi output yang tidak sesuai dengan kebutuhan pelanggan, mengurangi variasi penyebab akar masalah dan terapkan tindakan yang dipilih serta optimalisasi proses berdasar hasil analisis data
5.	<i>Control</i>	Melakukan pengendalian pada proses yang telah dioptimalisasi untuk memastikan hasil yang diinginkan tercapai

Penelitian ini menggunakan kombinasi antara alat dari metode *lean* yakni sikap kerja 5S serta pendekatan metode *six sigma* berupa siklus DMAIC.

C. Konsep Lean Six Sigma

Gambar 2. 2 *Lean Six Sigma Roadmap*

Pada tahun 1920-an, di Western Electric, konsep diagram kendali dan kendali proses statistik (SPC) dikembangkan oleh Walter Shewhart. Dr. Edward Deming memasang SPC di manufaktur Jepang saat ia membantu Jepang dalam upaya

pembangunan kembali mereka setelah Perang Dunia II. Keberhasilan Jepang pada tahun 1970-an telah mempopulerkan kembali SPC di bisnis Amerika Serikat. *Total Quality Management* (TQM) adalah hasil alami dari SPC menambahkan metodologi perbaikan proses. Pada 1980-an *Business Process Reengineering* (BPR), dan TQM menjadi populer. BPR mendorong sepenuhnya membuang proses lama dan memulai dari awal, berkali-kali dalam konteks penerapan perubahan sistem informasi utama (Furterer, 2014).

Lean Six Sigma (LSS) merupakan sebuah pendekatan yang berfokus pada peningkatan kualitas, mengurangi variasi dan mengeliminasi pemborosan. Pendekatan ini merupakan hasil kombinasi antara 2 metode yaitu *six sigma* dan *lean management*. Konsep penggabungan dari dua metode ini dimulai pada akhir pertengahan tahun 1990-an (Furterer, 2014). Sasaran dari implementasi pendekatan LSS adalah untuk mengeliminasi 9 jenis pemborosan (termasuk output yang tidak sesuai dengan kebutuhan pasien, *overproduction*, transportasi, *waiting*, *inventory*/persediaan, *motion*, *overprocessing*, kurangnya pemanfaatan karyawan serta perilaku pemborosan) dan menyediakan barang dan jasa dengan tingkat 3.4 cacat per juta peluang (DPMO) (Voehl, 2014).

Penerapan dari pendekatan *Lean Six Sigma* pada suatu organisasi dapat memberikan manfaat kepada organisasi seperti memperoleh mutu produk dan jasa yang jauh lebih baik dibandingkan sebelumnya, proses kerja yang lebih efisien, pekerja yang lebih produktif dan margin keuntungan yang lebih tinggi (Soemohadiwidjojo, 2017). Menurut (Furterer et.al, 2020) dengan mengembangkan rutinitas dari implementasi *lean six sigma*, menggabungkan pemecahan masalah yang sistematis,

mengeksploasi solusi baru untuk terus meningkatkan proses yang ada dan proses inovasi dapat menghasilkan proses perawatan kesehatan yang andal dan tangguh. Menurut (Azelya, 2020) implementasi *Lean six sigma* pada bidang kesehatan sangat penting untuk menghilangkan pemborosan dan proses yang dapat menyebabkan cacat pada pelayanan. Pada bidang kesehatan *Lean six sigma* mempunyai fungsi sebagai alat untuk meningkatkan kapabilitas proses serta *value added activities* yang dibutuhkan oleh pasien dengan cara mengurangi kegiatan yang tidak memiliki nilai tambah bagi kepuasan pasien serta kinerja dan kualitas pelayanan dalam bidang kesehatan.

D. Konsep Analisis Waste

Waste atau pemborosan terdiri dari kegiatan yang tidak perlu dilakukan yang dapat digambarkan secara kualitatif maupun kuantitatif. Identifikasi pemborosan disebut juga '*Learning to see Muda*' yang merupakan istilah tradisional jepang untuk kegiatan yang boros dan tidak menambah nilai produktif pada produk dan pelayanan (Voehl, 2014). Pemborosan juga dapat diartikan sebagai seluruh aktivitas yang tidak memiliki nilai tambah pada suatu proses, yang mana aktivitas – aktivitas tersebut hanya menggunakan sumber daya tanpa memberikan nilai tambah kepada pelanggan (Paratiwi, 2021). *Waste* dapat diartikan sebagai segala aktivitas yang tidak memberikan bantuan dalam suatu proses (Kusdarmadji, 2021).

Analisis Pemborosan adalah alat *Lean* yang mengidentifikasi pemborosan ke dalam 8 kategori berbeda untuk membantu menghilangkan berbagai jenis pemborosan. 8 pemborosan merupakan aktivitas yang tidak bernilai tambah dan harus dikurangi atau dihilangkan jika memungkinkan.

Pemborosan didefinisikan sebagai segala sesuatu yang menambah biaya pada produk tanpa menambah nilai. Terdapat 8 jenis pemborosan menurut (Furterer, 2014) adalah:

- a. Transportasi: Memindahkan orang, peralatan, material, dan perkakas.
- b. *Overproduction*: Memproduksi lebih banyak produk atau material daripada yang diperlukan untuk memenuhi pesanan pelanggan, atau lebih cepat dari yang dibutuhkan.
- c. Gerakan: Gerakan yang tidak perlu, biasanya pada tingkat mikro atau tempat kerja.
- d. Cacat: Setiap kesalahan karena tidak membuat produk atau memberikan layanan dengan benar untuk pertama kalinya.
- e. *Delay*: Menunggu atau menunda peralatan atau orang.
- f. *Inventory*: Menyimpan produk atau bahan.
- g. Proses: Upaya yang tidak menambahkan nilai pada produk atau layanan. Memasukkan persyaratan yang tidak diminta oleh pelanggan.
- h. Orang/ *People*: Tidak menggunakan keterampilan, mental, kreativitas, dan kemampuan fisik orang

E. Konsep sikap kerja 5S

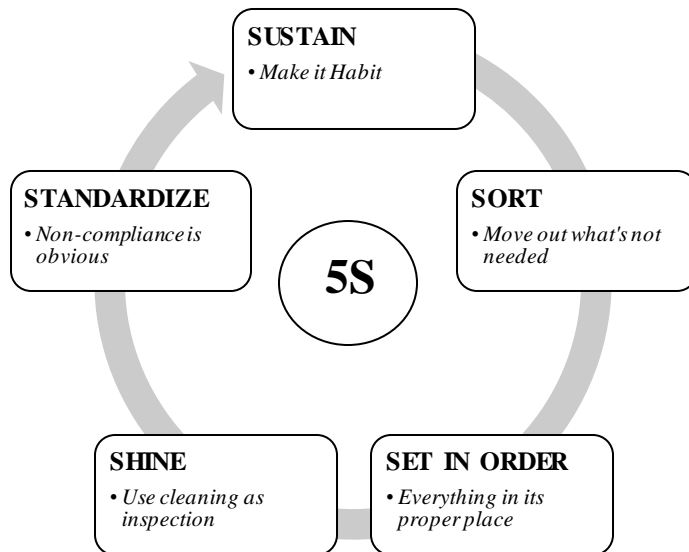
5S merupakan singkatan istilah yang berasal dari bahasa Jepang yaitu: *Seiri* (Penyortiran), *Seiton* (Penataan), *Seiso* (Kebersihan), *Seiketsu* (Standarisasi), dan *Shitsuke* (Disiplin). 5S adalah sebuah sistem yang bertujuan untuk mengurangi pemborosan dan mengoptimalkan produktivitas melalui pemeliharaan rutin pada ruang kerja serta menerapkan penggunaan instruksi visual untuk memperoleh hasil operasional yang lebih konsisten (Iswanto, 2019). Metode 5S adalah metode dapat membedakan antara apa yang perlu dan apa yang tidak

perlu, mencari dan memperbaiki akar penyebab penghambat pada alur pelayanan maupun kinerja organisasi, hingga mencari alternatif dan penyelesaian untuk menghasilkan implementasi 5S yang sesuai dengan prosedur. 5S itu adalah (Grabau, 2016) :

Tabel 2. 3 Definisi 5S

<i>Japanese word</i>	Translasi (Inggris)	Translasi (Indonesia)	Deskripsi
Seiri	<i>Simplify, Sort</i>	Ringkas	Menelusuri departemen atau area, mencari barang atau perlengkapan yang tidak lagi diperlukan
Seiton	<i>Straighten</i>	Rapi	Mengatur barang-barang yang diperlukan untuk mengurangi pemborosan/ <i>waste</i>
Seiso	<i>Scrub, shine</i>	Resik	Menjaga kebersihan tempat kerja secara teratur
Seiketsu	<i>Standardize</i>	Rawat	Mengembangkan tempat kerja yang terorganisir secara konsisten
Shitsuke	<i>Sustain</i>	Rajin	Sebuah sistem untuk dukungan berkelanjutan dari yang pertama empat Ss

Konsep alur proses penerapan sikap kerja 5S di tunjukkan pada gambar berikut:

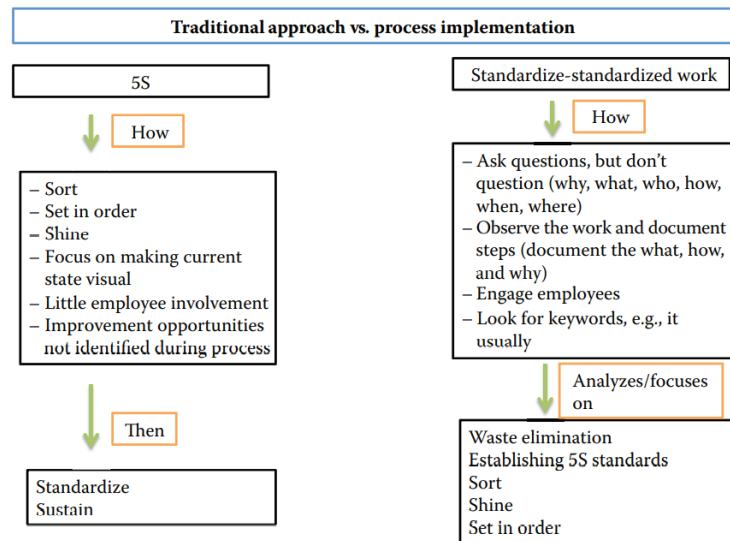


Gambar 2. 3 Alur Penerapan Sikap Kerja 5S
(Visco, 2016)

Manfaat penerapan metode kerja 5S menurut (Visco, 2016) adalah sebagai berikut:

- Mengurangi waktu pemborosan dalam mencari peralatan kerja
- Mengurangi jumlah pergerakan yang tidak perlu (seperti berjalan mengambil barang atau peralatan yang tidak berhubungan dengan aktivitas kerja) untuk menyelesaikan tugas pekerjaan
- Meningkatkan keamanan kerja petugas dan keamanan pengolahan produk/pelayanan dengan menghilangkan bahaya *stretching* (peregangan), *bending* (tekukan), serta tersandung
- Meningkatkan keandalan peralatan
- Menstandarisasi langkah untuk pelatihan karyawan yang lebih mudah dan akurat

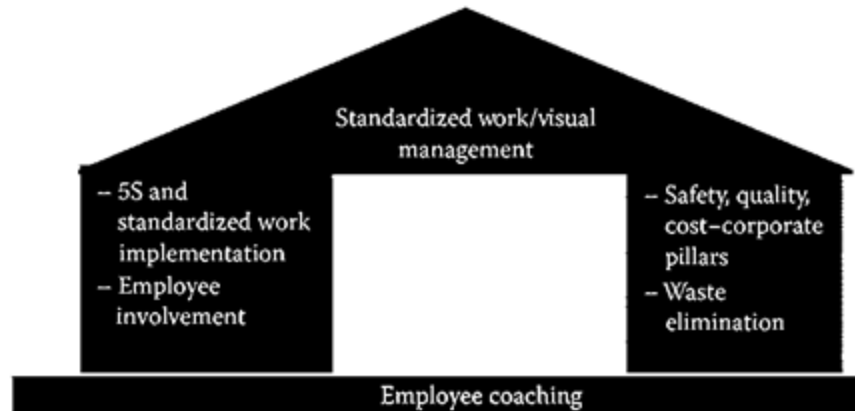
- f. Membantu meningkatkan jumlah area kosong
- g. Membantu meletakkan dasar untuk budaya *continues improvement* (perbaikan berkelanjutan)



Gambar 2. 4 Perbandingan Alur penerapan metode sikap kerja 5S tradisional dan baru (Willis, 2016)

Pada **Gambar 2.4** dapat dilihat bahwa pada alur proses sebelah kiri menunjukkan implementasi 5S tradisional yaitu penerapan sikap kerja 5S yang dimulai sebagai tujuan dan menerapkannya dengan membuat sesuai dengan status atau tahapan visual terkini. Alur proses penerapan sikap kerja 5S sebelah kanan menjelaskan proses yang digunakan selama tahap pendokumentasian dan analisis pekerjaan. Tahap pertama dimulai dengan tujuan untuk menetapkan atau meningkatkan standar. Maka selanjutnya diikuti dengan langkah – langkah ‘Bagaimana’. Langkah ‘Bagaimana’ disini menunjukkan bagaimana dalam mengerjakan sikap kerja 5S serta fokus terhadap apa yang dilihat dan didengar pada aktivitas pekerjaan yang dilakukan dan tetap terfokus pada penghapusan limbah,

tahap *sort* (pemilahan), *set-in-order/straighten* (Penataan), *shine* (pembersihan).



Gambar 2.5 *The Process Implementation House outlines how to achieve stability through standardized work and 5S/visual control (Willis, 2016)*

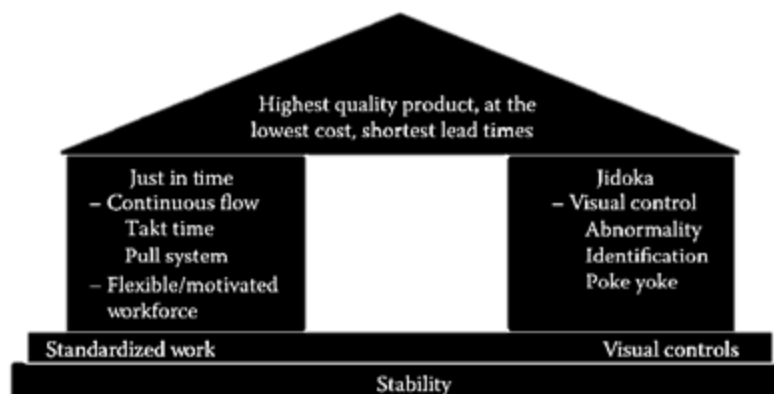
Pada **Gambar 2.5** menunjukkan bahwa 5S bukan fokus utama dalam penerapan proses kerja. Penjelasan dari proses pada gambar 2.5 adalah sebagai berikut:

1. 5S dan Standar implementasi kerja, jika hanya dengan menempatkan standarisasi pekerjaan tidak akan dapat memberikan fondasi yang kuat dan tetap untuk menerapkan strategi *lean*, namun dengan membangun proses yang efisien dengan kontrol visual yang dapat menghilangkan pemborosan pada proses atau aktivitas kerja maka inilah yang dapat dijadikan fondasi yang kuat dan tepat untuk menerapkan strategi *lean* dalam membangun sikap kerja 5S dalam organisasi
2. Keterlibatan karyawan, pilar ini dapat terlihat pada setiap tahap penerapan proses kerja 5S karena tahap ini merujuk pada kegiatan melibatkan karyawan, mendapat umpan balik dari karyawan, serta membuat karyawan merasakan

kepemilikan hak mereka dan akan meningkatkan moral dan memacu karyawan untuk mendorong perbaikan kerja.

3. *Corporate Pillars* (Pilar perusahaan atau Stakeholder penyedia layanan), pertimbangan keselamatan kerja karyawan/petugas, kualitas pelayanan hingga biaya yang tampak atau biaya dalam membuat suatu produk/layanan.
4. *Foundation employee coaching*, merupakan fondasi dasar dalam pelaksanaan penerapan sikap kerja 5S. Mengadakan Pelatihan kepada karyawan mengenai konsep dari sikap kerja 5S serta bagaimana cara menerapkannya merupakan tindakan dasar yang harus dilakukan oleh suatu organisasi sebelum melaksanakan penerapan sikap kerja 5S di dalam lingkungan organisasi.

Output akhir dalam proses ini adalah menghasilkan stabilitas dalam penerapan sikap kerja 5S di organisasi atau perusahaan yang akan menjadi fondasi dasar bagi organisasi / perusahaan untuk mencapai tingkat kualitas produk pelayanan tertinggi pada biaya produksi yang rendah serta dengan waktu produksi tersingkat yang terdapat pada **Gambar 2.6** berikut ini:



Gambar 2. 6 *The Lean House* yang menggambarkan hubungan elemen *lean* sebagai struktur berjenjang (Willis, 2016)

Menurut penelitian dari (Susanto, 2022) metode 5S (Simplify / Ringkas, Straighten / Rapi, Scrub / Resik, Stabilize / Rawat, Sustain / Rajin) jika diterapkan pada aktivitas kerja dapat membuat suasana tempat kerja menjadi lebih bersih, asri dan nyaman serta menjadikan metode kerja menjadi lebih teratur dan sistematis. Penerapan dan pelaksanaan dari metode 5S ini juga harus dapat menghilangkan *waste* (pemborosan) yang terjadi selama proses pelayanan seperti menghilangkan waktu tunggu pasien, dokter, dan perawat yang terlalu lama. Berikut adalah konsep mengenai kombinasi antara metode budaya kerja 5S dengan metode DMAIC :

Tabel 2. 4 Penyesuaian Penerapan Sikap Kerja 5S dengan Siklus DMAIC (Furterer, 2014)

<i>DMAIC Phase</i>	<i>5S Phase</i>	<i>5S Activities</i>
<i>Define</i>		
<i>Measure</i>	<i>Sort</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1) Identifikasi area yang akan disortir 2) Mengidentifikasi peran dan tanggung jawab anggota tim 3) Tentukan kerangka waktu kegiatan penyortiran 4) Siapkan area penyortiran 5) Buat pengaturan furnitur dan peralatan standar ruangan 6) Tetapkan kriteria untuk memisahkan barang-barang yang dibutuhkan dan tidak dibutuhkan 7) Pisahkan barang yang dibutuhkan dari yang tidak dibutuhkan 8) Berikan tanda atau Tag merah barang tahan yang tidak dibutuhkan 9) Hapus kelebihan barang dari area kerja
<i>Analyze</i>	<i>Straighten</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1) Putuskan di mana penempatan barang-barang itu berada 2) Putuskan bagaimana mereka akan disingkirkan 3) Buatlah semudah mungkin untuk mematuhi aturan peletakan barang 4) Area kode warna untuk persediaan, jenis peralatan 5) Kategori peralatan/persediaan yang sama di area dekat (kecuali jika ada masalah keamanan)

		6) Semua item yang sering digunakan ditempatkan berdekatan 7) Berikan garis pembatas pada setiap area kerja tempat penyimpanan barang 8) Standarisasi tinggi, ukuran rak jika perlu
<i>Analyze</i>	<i>Shine</i>	1) Temukan akar penyebab hal-hal menjadi tidak teratur 2) Temukan kelainan 3) Libatkan layanan lingkungan dan rekayasa untuk memperbaiki akar penyebab
<i>Improve</i>	<i>Standardize</i>	1) Buat manajemen visual sehingga keadaan abnormal dapat dengan mudah diidentifikasi 2) Pengodean dan pelabelan warna, papan bayangan, indikator di mana barang-barang harus diletakkan
<i>Control</i>	<i>Sustain</i>	1) Buat komite 5S 2) Buat rencana dan jadwal audit 3) Jadwal pembersihan musim semi berkala 4) Menilai peningkatan

2.1.7 Produktivitas petugas

Produktivitas merupakan konsep universal yang menciptakan barang dan jasa yang lebih terhadap kebutuhan manusia dengan keterbatasan sumber daya yang ada (Risdayanti, 2020). Menurut penelitian yang dilakukan oleh (Syamsuriansyah, 2021) Faktor – faktor yang dapat mempengaruhi kinerja petugas ialah sebagai berikut:

a. *Personal Factors*

- 1) Pelatihan
- 2) Pengetahuan
- 3) Motivasi
- 4) Komitmen

b. *Leadership Factors*

Berupa dorongan, bimbingan dan dukungan dari pemimpin organisasi

c. *Team Factors* (Berupa kerja sama tim)

d. *System Factors* (terdapat panduan kerja berupa buku pedoman serta SOP/standar operasional prosedur

e. *Situational Factors*

- 1) Tekanan kerja / beban kerja
- 2) Faktor lingkungan (seperti bentuk hubungan antara rekan kerja)

Menurut penelitian dari (Dewi, 2021) Faktor – faktor yang dapat mempengaruhi kinerja petugas rekam medis yaitu:

- 1) Kepatuhan terhadap prosedur yang ditetapkan oleh rumah sakit
- 2) Standar ruang penyimpanan rekam medis
- 3) Jumlah tenaga kerja pada unit rekam medis
- 4) Pelatihan manajemen rekam medis

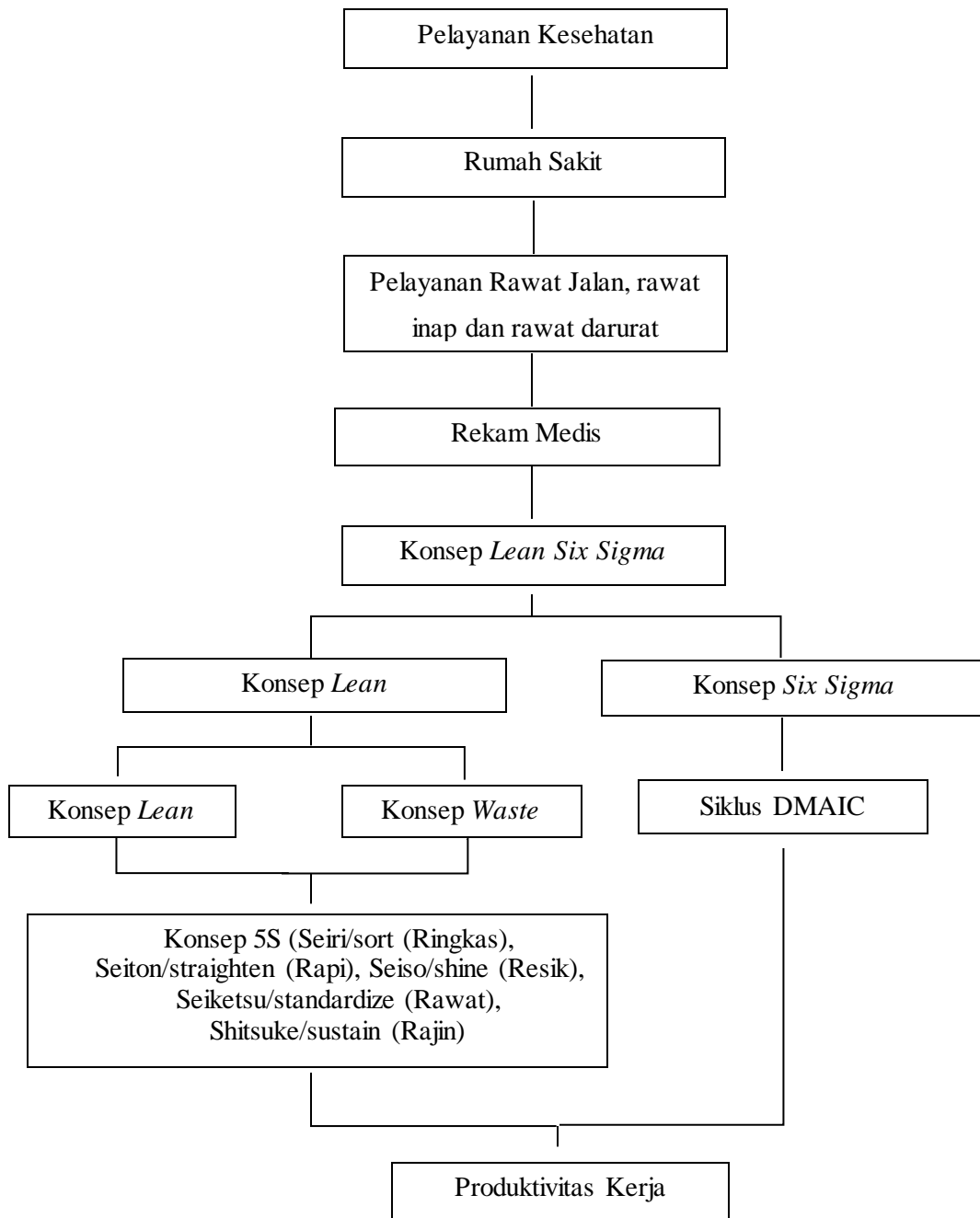
Sehingga dari beberapa penelitian diatas dapat disimpulkan bahwa Faktor – faktor yang dapat mempengaruhi produktivitas kinerja petugas adalah sebagai berikut:

- a. Faktor personal
- b. Faktor *leadership* / kepemimpinan dan *stakeholder*
- c. Faktor kerjasama tim
- d. Faktor Sistem (prosedur yang ditetapkan rumah sakit / SOP)

2.2 Kerangka Teori

Menurut (Visco, 2016) 5S terdiri dari aktivitas *Sort* (Pemilahan), *Set in order* (penataan), *Shine* (Pembersihan), *Standardize* (pemantapan), *Sustain* (Pembiasaan). Sikap kerja 5S merupakan konsep sikap kerja yang berasal dari kosakata jepang yakni *seiri*, *seiton*, *seiso*, *seiketsu*, *shitsuke*. Pada analisis sikap kerja 5S menggunakan metode *lean six sigma* langkah pertama yang dilakukan yaitu mengidentifikasi masalah yang akan diteliti, mengidentifikasi akar permasalahan, serta membuat batasan dalam penelitian yang mana ini termasuk Siklus Six Sigma pada tahap *Define*. Selanjutnya adalah memasuki tahap *Measure*, pada tahap ini dilakukan analisis aktivitas *sort*. *Sort* (pemilahan) merupakan aktivitas memilih antara barang yang digunakan dengan yang tidak digunakan. Setelah tahap *Measure* selanjutnya adalah tahap *Analyze* pada tahap

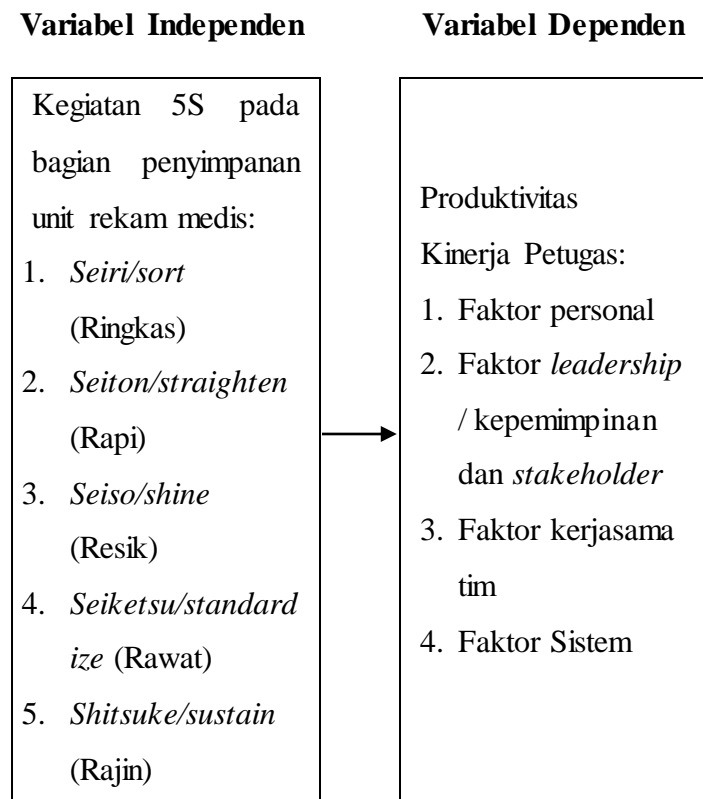
ini dilaksanakan analisis terhadap aktivitas *Straighten* (penataan) dan *Shine* (pembersihan). Setelah tahap *Analyze* selanjutnya ialah tahap *Improve* pada tahap ini dilaksanakan analisis aktivitas *Standardize* (Pemantapan) dan yang terakhir yaitu memasuki tahap *Control* yang mana pada tahap ini dilakukan analisis terhadap aktivitas *Sustain* (Pembiasaan) (Furterer, 2014). Penerapan sikap kerja 5S menggunakan analisis dengan metode *lean six sigma* memberikan output berupa penerapan sikap kerja 5S oleh petugas unit rekam medis. Hubungan antara penerapan sikap kerja 5S menggunakan metode *lean six sigma* terhadap produktivitas kinerja petugas dapat digambarkan pada bagan berikut:



Gambar 2. 7 Kerangka Teori

2.3 Kerangka Konsep

Berikut adalah kerangka konsep pada penelitian ini:



Gambar 2. 8 Kerangka Konsep

BAB III

METODE PENELITIAN

3.1 Jenis dan Desain Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian jenis kualitatif dengan menggunakan analisis data model lain yang bergantung pada jenis dan tujuan penelitian (Sugiyono, 2021). Analisis data pada penelitian ini menggunakan siklus DMAIC (*Define, Measure, Analyze, Improve* dan *Control*) yang disesuaikan dengan metode sikap kerja 5S. Analisis data model ini terdiri dari tahap memilah dan mengorganisasikan data yang terkumpul dari catatan lapangan (Studi dokumen), hasil observasi, wawancara mendalam dan dokumentasi hingga melakukan analisis konstrutif (Sugiyono, 2021). Analisis data dengan siklus DMAIC terdiri dari tahap *Define, Measure, Analyze, Improve* dan *Control*.

3.2 Tempat dan waktu penelitian

Penelitian ini dilaksanakan pada bagian penyimpanan unit rekam medis RSUD Arifin Achmad Provinsi Riau pada 29 Juni – 05 Agustus 2022.

3.3 Informan Penelitian

Penelitian ini menggunakan teknik *Non probability sampling* berupa *Purposive sampling* yaitu Penentuan sampel yang berdasarkan pada pertimbangan tertentu (Sugiyono, 2021). Informan pada penelitian ini terdiri dari informan kunci dan informan utama. Informan utama yaitu orang yang bersedia berbagi konsep dan pengetahuan serta merupakan orang yang akan paling sering diwawancarai. Pengumpulan data dimulai dari informan kunci untuk mendapatkan gambaran utuh dan menyeluruh tentang masalah yang diamat (Basri, 2021).

Pemilihan informan pada penelitian ini dilakukan dengan teknik pengambilan sampel *Purposive sampling* yaitu penelitian tentang sikap kerja 5S dan produktivitas kerja yang memiliki fokus subjek berupa petugas yang terlibat baik secara langsung maupun tidak langsung pada bagian penyimpanan unit rekam medis. Diawali dari kepala ruangan rekam medis, koordinator bagian penyimpanan dan pemusnahan rekam medis hingga petugas yang bekerja pada bagian penyimpanan unit rekam medis yang memiliki jumlah total sebanyak 8 orang. Berikut adalah tabel terkait informan pada penelitian ini:

Tabel 3. 1 Informan Penelitian

No	Informan	Jumlah	Ket
Informan Kunci:			
1	Kepala Ruangan Rekam Medis	1	K1
Informan Utama:			
2	Koordinator bagian penyimpanan unit rekam medis	1	U1
3	Koordinator bagian pemusnahan berkas in aktif	1	U2
4	Petugas Bagian Penyimpanan unit rekam medis	5	U3, U4,U5, U6,U7

3.4 Alat pengumpulan data

Pengumpulan data pada penelitian ini menggunakan beberapa teknik, diantaranya sebagai berikut:

1. Studi Dokumen

Berupa catatan peristiwa yang sudah berlalu seperti peraturan atau kebijakan di rumah sakit dalam bentuk peraturan dan kebijakan. Studi ini merupakan pelengkap dari penggunaan metode observasi dan wawancara pada penelitian ini (Sugiyono, 2021).

2. Observasi

Pengamatan ini langsung terhadap objek yang diteliti yakni proses pelayanan pada bagian penyimpanan unit rekam medis RSUD Arifin Achmad untuk mengumpulkan data berupa alur pelayanan dan proses aktivitas pengolahan berkas rekam medis. Alat bantu untuk melakukan observasi adalah dengan menggunakan *Stopwatch* sebagai

pengukur lama waktu aktivitas petugas serta mengukur waktu yang dibutuhkan untuk melakukan wawancara.

3. Wawancara

Wawancara pada penelitian ini dilakukan secara semi terstruktur yang termasuk dalam kategori *in-dept interview* serta dengan cara mengajukan pertanyaan secara lisan dengan daftar pertanyaan terstruktur dan tidak terstruktur (Sugiyono, 2021). Proses wawancara dilakukan dengan menggunakan alat bantu tulis seperti buku dan pena tanpa ada menggunakan alat rekaman dalam bentuk apapun.

4. Dokumentasi

Dokumentasi penelitian ini dilakukan pada area bagian penyimpanan unit rekam medis Rumah Sakit Umum Daerah Arifin Achmad Provinsi Riau untuk pembuktian kondisi penerapan aktivitas kerja 5S. Dokumentasi dilakukan dalam bentuk pengambilan gambar yang dibantu dengan *Smartphone* milik peneliti.

3.5 Definisi

3.5.1 Variabel penelitian

Variabel penelitian ini terdiri dari variabel independen yakni sikap kerja 5S (*seiri, seiton, seiso, seiketsu, dan shitsuke*) yang akan dianalisis menggunakan siklus DMAIC metode *lean six sigma* dalam proses pengelolaan berkas rekam medis pada bagian penyimpanan. Variabel dependen yakni produktivitas kerja petugas.

3.5.2 Definisi Istilah

Berikut ini adalah definisi istilah yang dijabarkan dalam tabel 3.3:

Tabel 3. 2 Tabel Daftar Istilah

No	Variabel	Definisi Istilah	Alat Ukur	Metode Pengumpulan data
1	Independen	Aktivitas Kerja 5S: 1. <i>Seiri/sort</i> (Pemilahan), Aktivitas berupa memisahkan barang-barang yang dibutuhkan dan dengan yang tidak dibutuhkan 2. <i>Seiton/straighten</i> (Penataan), Aktivitas untuk mengatur penempatan barang sesuai pada tempatnya 3. <i>Seiso/shine</i> (Pembersihan), Aktivitas melakukan dan mengatur pembersihan sebagai aktivitas rutin serta penjadwalan kegiatan pembersihan rutin pada area yang telah ditentukan 4. <i>Seiketsu/standardize</i> (Pemantapan), Menggabungkan seluruh standar aktivitas kerja 5S ke dalam pekerjaan standar untuk membuatnya lebih efisien 5. <i>Shitsuke/sustain</i> (Pembiasaan), Melakukan <i>review</i> kembali terhadap penilaian kinerja petugas, pada tahap ini dibuat hasil analisa serta masukan perbaikan terhadap penerapan kegiatan Sikap Kerja 5S	Kuesioner	Triangulasi (gabungan teknik pengumpulan data dan sumber data yang ada) berupa: observasi, wawancara mendalam serta dokumentasi

		secara keseluruhan pada bagian penyimpanan unit rekam medis		
2	Dependen	a. Faktor personal b. Faktor <i>leadership</i> / kepemimpinan dan <i>stakeholder</i> c. Faktor kerjasama tim d. Faktor Sistem (prosedur yang ditetapkan rumah sakit / SOP)	Kuesioner	Triangulasi (gabungan teknik pengumpulan data dan sumber data yang ada) berupa: observasi, wawancara mendalam serta dokumentasi

3.6 Prosedur Pengumpulan Data

Data yang dibutuhkan untuk penelitian ini terdiri dari:

3.6.1 Data primer

Data diperoleh dari hasil observasi, metode wawancara serta mengenai alur proses aktivitas pengolahan berkas rekam medis di bagian penyimpanan unit rekam medis, penerapan aktivitas 5S serta produktivitas kerja petugas.

3.6.2 Data sekunder

Data ini diperoleh dari data internal rumah sakit serta dari *website* rumah sakit dan dari unit pengolahan data rekam medis seperti :

1. Profil Rumah sakit
2. Jumlah Pengunjung pada unit rawat jalan dan unit rekam medis 2 tahun terakhir (2020 – 2021)
3. Prosedur yang ada di rumah sakit mengenai bagian penyimpanan rekam medis
4. Pembagian kerja petugas bagian penyimpanan unit rekam medis

3.7 Pengolahan dan analisa data Kualitatif

Analisis data dengan pendekatan kualitatif pada penelitian ini menggunakan analisis data Metode *Six Sigma* yaitu siklus DMAIC.

3.7.1 Analisis Siklus DMAIC

A. *Define*

Define merupakan tahapan untuk melakukan observasi serta mengidentifikasi ruang lingkup penelitian dengan jelas. Pada tahap ini dilakukan kegiatan observasi terhadap proses pengelolaan berkas rekam medis pada bagian penyimpanan unit rekam medis. Selanjutnya akan dilakukan wawancara terkait masalah yang sering terjadi pada bagian penyimpanan terhadap informan utama yaitu koordinator bagian penyimpanan serta petugas bagian penyimpanan unit rekam medis. Setelah dilakukan wawancara dengan informan utama berikutnya adalah wawancara terhadap 1 orang informan kunci yaitu kepala ruangan rekam medis. Hasil wawancara akan dianalisa menggunakan analisis stakeholder yaitu dengan menentukan siapa saja yang terlibat dalam proses pengelolaan berkas rekam medis yang kemudian dibuat dalam bentuk diagram *SIPOC* (*Suppliers, Inputs, Process, Output, Customer*) yaitu tabel yang menampilkan sekumpulan aktivitas serta petugas yang terlibat pada bagian penyimpanan unit rekam medis. Kemudian dilakukan peninjauan ulang dengan koordinator bagian penyimpanan rekam medis untuk memastikan bahwa alur atau proses yang digambarkan pada diagram *SIPOC* dan identifikasi masalah yang ditemukan sudah sesuai dengan kondisi sebenarnya. Identifikasi masalah dilakukan pada tahap ini dengan cara membuat pengelompokan masalah – masalah yang terjadi pada bagian penyimpanan berdasarkan aspek sikap kerja 5S dan faktor yang mempengaruhi produktivitas petugas.

B. *Measure*

Tahap ini merupakan tahap untuk menganalisa data hasil pengelompokan masalah – masalah yang terjadi pada bagian penyimpanan. Analisa data dibuat berdasarkan pengelompokan masalah – masalah yang terjadi pada bagian penyimpanan. Masalah – masalah tersebut dibuat dalam bentuk *list* masalah pada bagian penyimpanan. *list* masalah ini yang akan dianalisis dan diinterpretasikan dengan menggunakan *tools Failure Mode & Effect Analysis (FMEA)*. FMEA merupakan salah satu alat pada metode six sigma yang digunakan untuk membantu mengidentifikasi kesalahan yang sudah terjadi atau yang mungkin terjadi (Soemohadiwidjojo, 2017). Analisis menggunakan FMEA disesuaikan dengan permasalahan yang terjadi dari setiap aspek sikap kerja 5S. Penelitian ini menggunakan *risk indicator* untuk penilaian *Tools FMEA* dari Sartor & Cescon (2019). Hasil analisis masalah menggunakan metode FMEA akan diinterpretasikan dalam bentuk diagram pareto.

C. *Analyze*

Pada tahap *Analyze* hasil pemeringkatan masalah penerapan sikap kerja 5S yang didapat dari perhitungan metode FMEA dianalisa secara lebih merinci dengan menggunakan *tools cause & effect* berupa diagram akar. Diagram ini berguna untuk menentukan akar penyebab permasalahan yang dibuat berdasarkan pertanyaan “*why?*” atau “*mengapa?*” hingga menemukan akar penyebab permasalahan (Furterer, 2014). Proses terakhir pada tahap ini yaitu dengan melakukan peninjauan kembali pada alur proses pengelolaan berkas rekam medis di bagian penyimpanan untuk memastikan bahwa faktor-faktor yang diidentifikasi pada diagram akar merupakan penyebab utama dari masalah penerapan sikap kerja 5S. Analisa data dibagi menjadi 3 bagian dengan menggunakan *tools cause & effect* diagram

pertama analisa data prioritas permasalahan yang didapatkan dari hasil perhitungan menggunakan metode FMEA, kedua analisa penerapan sikap kerja 5S pada bagian penyimpanan unit rekam medis RSUD Arifin Achmad dan yang terakhir analisa produktivitas petugas pada bagian penyimpanan unit rekam medis.

D. *Improve*

Tahap ini merupakan tahap untuk membuat rencana perbaikan berkelanjutan yang merujuk dari hasil analisa masalah. Pembuatan usulan perbaikan dilakukan dalam bentuk menyusun rencana tindakan dengan menggunakan metode 5W + 2H. Metode ini merupakan metode yang dapat dipakai untuk menyusun rencana tindakan perbaikan suatu permasalahan dengan berdasarkan pertanyaan *what, why, where, when, who, How* dan *How much* (Soehadiwidjojo, 2017).

E. *Control*

Tahap ini merupakan tahap akhir dari siklus DMAIC. Pada tahap ini terdapat pengaplikasian dari rencana perbaikan berkelanjutan yang telah disusun pada tahap *Improve* dengan berdasar pada prioritas usulan perbaikan. Didalam tahap ini akan dijelaskan lebih detail cara menerapkan rencana perbaikan berkelanjutan.

3.8 Etika penelitian

Penelitian ini menjunjung tinggi etika penelitian yang merupakan standar etika dalam melakukan penelitian. Adapun prinsip – prinsip etika penelitian adalah:

1. Prinsip menghormati harkat martabat manusia (*respect for person*). Peneliti akan menghormati hak-hak informan yang terlibat dalam penelitian termasuk diantaranya, yaitu hak untuk membuat keputusan untuk terlibat atau tidak terlibat dalam penelitian dan hak untuk dijaga

- kerahasiannya berkaitan dengan data yang diperoleh selama penelitian.
2. Prinsip berbuat baik (*Beneficience*). manfaat didapatkan melalui keikutsertaan dalam penelitian secara spesifik. Bagian-bagian dari prinsip *beneficience* antara lain: bebas dari bahaya (*non maleficiece*). Penelitian yang dilakukan tidak membahayakan jiwa dan tidak membahayakan informan. Apabila terdapat perlakuan yang dilakukan maka perlakuan tersebut sudah melewati sebuah uji etik sehingga telah dinilai untuk aman dilakukan. Selanjutnya adalah bebas dari eksploitasi, yaitu dapat memperoleh manfaat dari penelitian dan mempertimbangkan resiko dan manfaat penelitian.
 3. Prinsip keadilan (*Justice*). Peneliti akan memperlakukan seluruh informan yang terlibat dalam penelitian secara adil dan tidak membeda-bedakan berdasar ras, agama, atau status sosial ekonomi. Peneliti memperlakukan informan sesuai dengan desain penelitian dan tujuan penelitian anatara lain hak untuk mendapat perlakuan yang sama dan hak untuk dijaga privasinya.

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil Penelitian

Unit rekam medis RSUD Arifin Achmad memiliki 5 bagian yaitu :

1. Pendaftaran pasien rawat jalan, pasien rawat inap dan rawat darurat
2. Penyimpanan Aktif
3. Penyimpanan Inaktif
4. Assembling, Coding, Indexing
5. Pengolahan Data

Berikut adalah bagan alur pelayanan rekam medis pada unit rawat jalan:



Bagan 4. 1 Alur Pengolahan Dokumen Rekam Medis pada unit rekam medis RSUD Arifin Achmad (Data Primer, 2022)

Karakteristik informan dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

Tabel 4. 1 Karakteristik Informan Penelitian

No	Kode Informan	Umur	Pengalaman Kerja (Bagian penyimpanan)	Riwayat Pendidikan	Jumlah Sesi Wawancara
1.	K1	43	18 Tahun (di unit rekam medis)	DIII Rekam Medis	1
2.	U1	43	22 Tahun (di RSUD Arifin Achmad, 2 tahun (di bagian penyimpanan aktif)	S1 Manajemen	1
3.	U2	43	1 tahun (di penyimpanan in aktif)	D4 Rekam medis	1
4.	U3	35	9 Tahun	S1 Ekonomi	2
5.	U4	41	12 Tahun	DIII Rekam Medis	1
6.	U5	42	3 Tahun	DIII Ekonomi	1
7.	U6	31	1 Tahun	S1 Sosial	2
8.	U7	37	7 Tahun	STM	2

Sumber: Data Primer RSUD Arifin Achmad Provinsi Riau

Sistem penomoran yang digunakan pada unit rekam medis RSUD Arifin Achmad berupa sistem Terminal Digit Filling yaitu sistem dengan penjajaran dokumen rekam medis berdasar urutan nomor rekam medis di dua angka kelompok terakhir. Struktur unit rekam medis RSUD Arifin Achmad provinsi riau berada pada lampiran 18.

4.1.1 Define

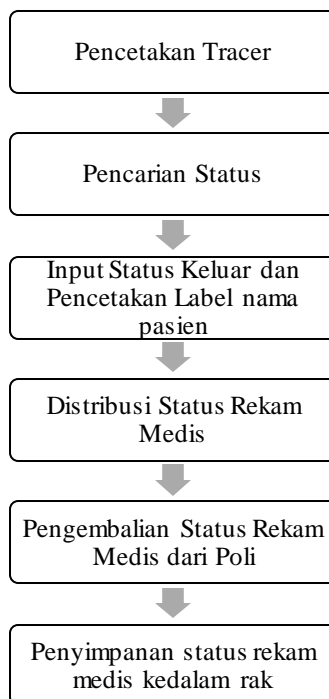
Bagian penyimpanan unit rekam medis RSUD Arifin Achmad provinsi riau terdiri dari 2 jenis yaitu bagian penyimpanan dokumen rekam medis aktif dan bagian penyimpanan dokumen rekam medis in aktif. Bagian penyimpanan unit rekam medis RSUD Arifin Achmad memiliki tugas pokok sebagai berikut:

- 1) Mencari dokumen rekam medis dari dalam rak
- 2) Menyusun dokumen rekam medis ke dalam rak
- 3) Menerima dokumen rekam medis yang dikembalikan dari poliklinik
- 4) Mencatat dokumen rekam medis pasien yang diantar ke poliklinik di buku ekspedisi
- 5) Mengantar dokumen rekam medis pasien ke poliklinik
- 6) Memberi layanan jasa peminjaman rekam medis termasuk menyediakan untuk penelitian pendidikan tenaga kesehatan
- 7) Mensortir dokumen in aktif

Proses pengelolaan dokumen rekam medis pada bagian penyimpanan terdiri dari alur pengelolaan dokumen rekam medis pada penyimpanan aktif dan pengelolaan dokumen pada penyimpanan in aktif yang dijabarkan sebagai berikut:

A. Alur dan kegiatan pada bagian penyimpanan unit rekam medis

Berikut adalah alur kegiatan pada penyimpanan aktif unit rekam medis:



Bagan 4. 2 Alur Penyimpanan aktif

Berikut adalah penjelasan dari bagan 4.2:

1. Pencetakan Tracer

Petugas mencetak tracer berdasarkan data Pasien yang sudah terdaftar pada bagian pendaftaran rawat jalan (Baik menggunakan aplikasi mirai maupun secara langsung/datang ke RSUD)

2. Pencarian Status

Setelah Tracer tercetak petugas akan mencari status pasien berdasarkan tracer yang telah di cetak pada rak penyimpanan aktif. Untuk tracer dari pasien baru atau pasien yang belum pernah berobat di RSUD Arifin Achmad dan

tidak memiliki status rekam medis maka petugas harus membuat status pasien yang baru terlebih dahulu

3. Input Status Keluar dan Pencetakan Label nama pasien

Status yang sudah dikeluarkan dari rak penyimpanan (bagi pasien lama) dan status yang sudah dibuat baru (bagi pasien baru) diinput terlebih dahulu ke SIMRS Distribusi Rekam Medis pada Menu 'Keluar' dengan cara memasukkan nomor rekam medis pada status. Status Pasien yang telah diinput pada menu 'keluar' selanjutnya akan diperiksa apakah di dalam status pasien sudah terdapat label nama pasien atau tidak, jika tidak ada label nama pasien maka label dicetak

4. Distribusi Status Rekam Medis

Status yang sudah dicetak label nama pasien selanjutnya akan dipisahkan dengan cara dilihat pada tracer yang ada dalam status dimana poli tujuan pasien. Pemisahan didasarkan pada poli tujuan pasien dan langsung diletakkan sesuai pada nama poli yang sudah ditempel pada setiap keranjang. Status yang ada di dalam keranjang sudah siap untuk didistribusikan ke seluruh poli tujuan

5. Pengembalian Status Rekam Medis dari Poli serta Input Status Masuk

Pengembalian status rekam medis pasien dilakukan oleh petugas dari setiap poli. Setiap status yang sudah dikembalikan akan diinput terlebih dahulu nomor rekam medisnya ke dalam SIMRS distribusi Rekam medis pada bagian 'Masuk'.

6. Penyimpanan status rekam medis kedalam rak

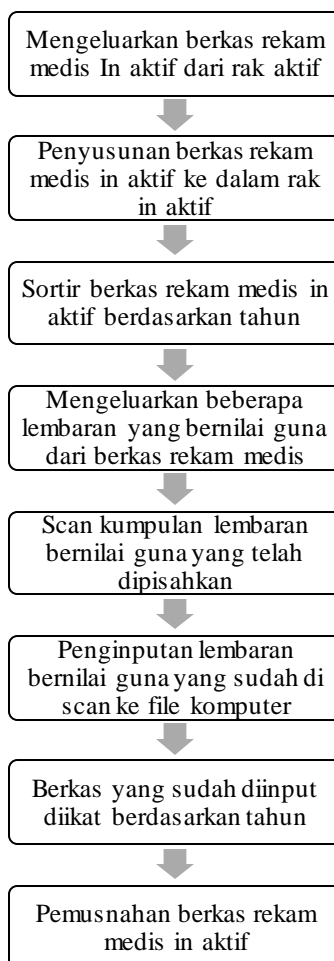
Status yang sudah diinput 'Masuk' pada SIMRS distribusi Rekam medis akan dikumpulkan lalu disusun pada

rak penyimpanan aktif berdasarkan urutan nomor rekam medis digit awal.

Petugas pada bagian penyimpanan aktif unit rekam medis melakukan aktivitas – aktivitas sebagai berikut:

- a. Pencetakan Tracer rekam medis secara otomatis maupun manual
- b. Input status keluar dan status masuk pada SIMRS Distribusi rekam medis
- c. Mencetak label nama pasien
- d. Melakukan pengecekan lokasi status melalui SIMRS Distribusi rekam medis dan Aplikasi khusus untuk melacak keberadaan status rekam medis pasien (berada di poli mana)
- e. Distribusi dan pemisahan status rekam medis pasien sesuai poli tujuan
- f. Pencarian Status rekam medis pasien pada rak penyimpanan aktif
- g. Pengembalian status rekam medis ke dalam rak penyimpanan
- h. Membuat status rekam medis yang baru untuk pasien baru pertama kali berobat di rumah sakit
- i. Sortir, yaitu kegiatan pemilihan dokumen atau status rekam medis yang tidak dipergunakan lagi setelah 5 tahun terhitung dari tanggal terakhir pasien berobat

Berikut adalah alur kegiatan pada bagian penyimpanan in aktif unit rekam medis:



Bagan 4. 3 Alur Penyimpanan In aktif

Rekam medis in aktif adalah rekam medis yang tidak dipergunakan lagi setelah 5 tahun terhitung dari tanggal terakhir pasien berobat. Berikut adalah penjelasan dari bagan 4.3:

1. Mengeluarkan dokumen rekam medis In aktif dari rak aktif

Petugas rekam medis mengambil rekam medis pasien yang in aktif dari rak aktif sesuai dengan jadwal retensi arsip. Rekam medis yang sudah dikeluarkan akan dikumpulkan dan di letak pada ruangan penyimpanan dokumen in aktif.

2. Penyusunan dokumen rekam medis in aktif ke dalam rak in aktif

Dokumen yang sudah dikumpulkan disusun oleh petugas di rak penyimpanan in aktif

3. Sortir dokumen rekam medis in aktif berdasarkan tahun

Sebelum di sortir dokumen dikeluarkan dari rak setelah itu petugas melakukan kegiatan sortir. Sortir merupakan proses pemilahan Dokumen rekam medis in aktif yang disimpan di rak dalam kurun waktu 2 tahun tidak dipergunakan lagi untuk berobat ulang pasien ke RSUD Arifin achmad

4. Mengeluarkan beberapa lembaran yang bernilai guna dari dokumen rekam medis

Setelah melakukan sortir dokumen, petugas mengeluarkan lembaran yang bernilai guna dan tidak boleh dimusnahkan, diantaranya: formulir rawat jalan, resume medis, lembaran identifikasi bayi baru lahir, lembaran informed consent hingga lembaran kematian. Lembaran yang dikeluarkan akan dikumpulkan dan disimpan dalam satu tempat/ Keranjang berdasarkan tahun pada status rekam medis

5. Scan kumpulan lembaran bernilai guna yang telah dipisahkan

Lembaran bernilai guna yang telah dikumpulkan akan di scan

6. Penginputan lembaran bernilai guna yang sudah di scan ke file komputer

Setelah lembaran bernilai guna di scan berikutnya setiap lembaran yang di scan petugas akan langsung menginput informasi pada lembaran ke dalam file pentelaahan pemusnahan dokumen di komputer sesuai dengan pengelompokan tahun dokumen

7. Dokumen yang sudah di input di ikat berdasarkan tahun

Dokumen yang memiliki lembaran bernilai guna yang sudah diinput dan di scan akan di ikat dan siap untuk dimusnahkan

8. Pemusnahan dokumen rekam medis in aktif

Petugas pada bagian penyimpanan aktif unit rekam medis melakukan aktivitas – aktivitas sebagai berikut:

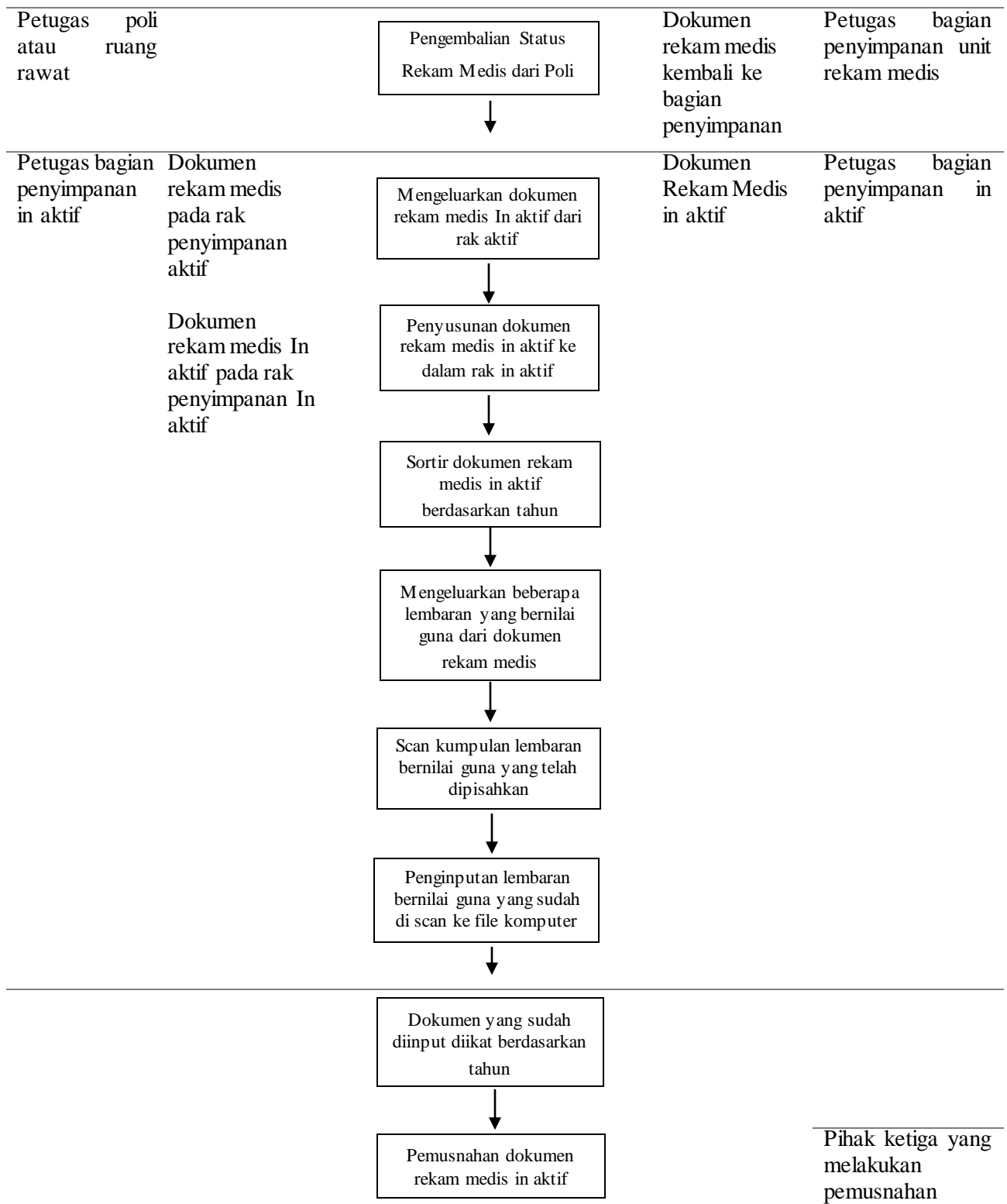
- a. Melakukan Scan lembaran bernilai guna serta menyimpan hasil scan dalam bentuk pdf
- b. Melakukan input data pada lembaran bernilai guna ke file excel daftar pemusnahan dokumen rekam medis
- c. Menyortir dokumen in aktif berdasarkan tahun

B. Diagram SIPOC bagian penyimpanan unit rekam medis

Berikut ini adalah diagram SIPOC pada penyimpanan unit rekam medis:

Tabel 4.2 Diagram SIPOC Bagian Penyimpanan unit rekam medis

<i>Suppliers</i>	<i>Inputs</i>	<i>Process</i>	<i>Outputs</i>	<i>Customer</i>
Petugas bagian penyimpanan aktif	Dokumen rekam medis pada rak penyimpanan aktif	Pencetakan Tracer	Struk Tracer No Rekam Medis Pasien	Petugas bagian penyimpanan unit rekam medis
		↓		
		Pencarian Status	Status Rekam Medis	
		↓		
		Input Status Keluar dan Pencetakan Label nama	Dokumen rekam medis siap untuk didistribusi	
	Dokumen rekam medis	↓		
		Distribusi Status Rekam Medis	Dokumen rekam medis sudah berada di poli	Tenaga Administrasi dan tenaga medis pada setiap poli
		↓		



C. Hasil Observasi Sikap kerja 5S

Berdasarkan observasi yang dilakukan secara partisipatif di bagian penyimpanan selama 5 hari yaitu pada tanggal 02, 03, 10, 14 dan 15 juni serta observasi dengan pengamatan secara langsung yang dilakukan selama 5 hari yaitu pada tanggal 30 juni, 01, 04, 08, 21 Juli 2022, didapatkan hasil bahwa penerapan sikap kerja 5S belum diterapkan dengan baik oleh petugas bagian penyimpanan unit rekam medis. Informasi yang didapatkan dari hasil wawancara singkat saat observasi kepada beberapa petugas bagian penyimpanan rekam medis adalah rata rata petugas belum pernah mendapatkan pengarahan mengenai cara penerapan sikap kerja 5S walaupun secara visual sudah terdapat poster mengenai petunjuk penerapan 5S yang ditempel pada dinding ruang penyimpanan (tampak pada gambar 4.1 dan gambar 4.2).



Gambar 4. 2 Poster Sikap Kerja 5S (Lokasi: pintu masuk area ACI) Pintu penghubung area ACI dan penyimpanan



Gambar 4. 1 Poster Sikap Kerja 5S (Lokasi: Area Distribusi Dokumen) Bagian Penyimpanan Rekam Medis

Temuan dari hasil observasi ini sama dengan temuan dari hasil observasi saat studi pendahuluan, yaitu berdasarkan keterangan informasi dari koordinator penyimpanan aktif serta kepala ruangan unit rekam medis bahwa unit rekam medis belum pernah menerapkan sikap kerja 5S secara formal sebelumnya atau belum ada standar

maupun peraturan dari rumah sakit mengenai penerapan dari sikap kerja 5S.

Hasil dari observasi secara mendalam menunjukkan bahwa penerapan sikap kerja 5S belum diterapkan dengan baik oleh petugas bagian penyimpanan unit rekam medis. Terutama pada 3 aspek dengan tingkat pelaksanaan terendah yaitu aspek: *Standardize / Seiketsu / Rawat (Pemantapan)*, *Shine/ Seiso/ Rapi* serta aspek *Straighten / Seiton / Rapi (Penataan)*. Diantara ketiga aspek ini aspek dengan tingkat paling rendah dalam pelaksanaannya yaitu pada aspek *Standardize / Seiketsu / Rawat (Pemantapan)*.

Berikut adalah masalah yang ditemukan pada bagian penyimpanan dari hasil observasi:

Tabel 4. 3 Masalah terkait Sikap Kerja 5S

No	Aspek	Masalah yang ditemukan
1.	<i>Sort / Seiri / Ringkas (Pemilahan)</i>	<p>a. Petugas belum melakukan pemindahan (mengeluarkan) dokumen rekam medis in aktif dari rak aktif secara rutin/ sesuai jadwal retensi arsip. Petugas mengeluarkan dokumen rekam medis in aktif dari rak aktif hanya ketika kondisi rak sudah penuh. Hal ini disebabkan karena beberapa faktor seperti sudah terlalu banyak menyusun dokumen di rak sehingga petugas menjadi kurang fokus dalam bekerja, kelelahan (terutama pada waktu siang hingga sore) serta seharusnya ada petugas khusus yang melakukan tugas sortir pemisahan dokumen in aktif dari rak aktif namun karena terdapat masalah lain yaitu kekurangan tenaga sehingga mengharuskan setiap petugas yang memegang rak yang harus melakukan tugas sortir.</p> <p>b. Masih dijumpai barang - barang yang tidak digunakan lagi pada area kerja utama petugas seperti dokumen in aktif masih banyak terdapat di lantai area penyimpanan aktif selain itu terdapat sepeda elektrik (transportasi petugas untuk mengantar dokumen rekam medis ke poli) yang sudah rusak/ tidak dipakai lagi pada area penyimpanan aktif (sepeda ini terletak di samping</p>

		<p>pintu masuk ke dalam area penyimpanan dokumen rekam medis aktif)</p> <p>c. Belum ada dijumpai pemberian tanda pada barang yang sudah tidak digunakan. Contohnya pada sepeda elektrik (transportasi distribusi rekam medis ke poli). Untuk barang yang masih digunakan hanya diberi label berupa no seri barang beserta kepemilikan ruangan tertentu (yang diberikan dari bagian logistik rumah sakit). jika ada barang yang rusak petugas langsung menghubungi pihak terkait untuk mengganti dan mengambil barang yang rusak untuk diperbaiki.</p>
2.	<i>Straighten / Seiton / Rapi (Penataan)</i>	<p>a. Masih dijumpai banyak dokumen rekam medis aktif maupun in aktif yang terletak di lantai / di luar rak penyimpanan. Serta banyak tumpukan dokumen rekam medis in aktif yang terletak di area penyimpanan aktif.</p> <p>b. Kurangnya fasilitas seperti rak untuk dokumen, berdasarkan pengamatan secara langsung masih banyak dokumen rekam medis aktif yang terletak di lantai karena ketidakcukupan rak untuk menampung seluruh dokumen rekam medis. Selain itu jumlah status yang sangat banyak menyebabkan ada beberapa rak yang rusak (gagangnya tidak bisa diputar) dan rak yang tidak bisa digeser karena terlalu berat/melebihi kapasitas yang seharusnya. Selain itu kerusakan rak juga disebabkan karena faktor usia rak yang sudah cukup lama dan kurangnya perawatan terhadap rak.</p> <p>c. Beberapa outguide masih terlihat pada rak terbuka yang fungsinya untuk menahan dokumen agar tidak jatuh (bukan sebagai penanda status rekam medis keluar). Selain itu masih banyak tumpukan dokumen rekam medis yang terletak di luar rak yaitu di lantai dan di atas rak penyimpanan tertutup (rak Roll O Pack).</p> <p>d. Pencarian status di rak membutuhkan waktu yang cukup lama, hal ini disebabkan karena salah susun (status berada pada rak namun tidak diletakkan sesuai dengan nomor urut rekam medis saat mengembalikan dokumen ke dalam rak) hal inilah yang menghambat petugas ketika mencari status pasien</p>
3.	<i>Shine/ Seiso/ Resik</i>	<p>a. Belum ada sistem rotasi kebersihan pada bagian penyimpanan unit rekam medis, hal ini disebabkan karena petugas kebersihan hanya 1 orang dan dengan petugas yang sama merangkap tugas menjadi petugas pendaftaran. Petugas</p>

		membersihkan area rekam medis sebanyak 2 kali sehari yaitu pagi dan sore.
		b. Belum ada aktivitas pembersihan khusus pada rak penyimpanan dokumen. Area yang hanya dibersihkan oleh petugas yaitu hanya pada lantai area penyimpanan (aktif dan in aktif)
4.	<i>Standardize / Seiketsu / Rawat (Pemantapan)</i>	<p>a. Petugas belum melakukan secara rutin aktivitas pemindahan dokumen rekam medis in aktif dari rak aktif, Petugas belum menjaga kebersihan secara maksimal. Masih dijumpai banyak sampah kertas (bon peminjaman dokumen / tracer) di lantai, petugas yang kurang disiplin / belum masuk kerja sesuai waktu yang telah ditetapkan, petugas belum pernah mendapatkan seminar ataupun pelatihan mengenai sikap kerja 5S, Masih sering terjadi kesalahan tata letak dokumen yang tidak sesuai no urutan rekam medis pada rak sehingga menyulitkan petugas ketika mencari dokumen.</p> <p>b. Sebagian besar petugas belum pernah mendapatkan seminar/webinar maupun pengarahan mengenai sikap kerja 5S. Kemungkinan pernah di beri penerangan secara lisan oleh pihak manajemen atas terhadap petugas terdahulu/ petugas lama namun ini belum terjadi merata kepada seluruh petugas (berdasarkan keterangan yang disampaikan sebagian besar petugas menyatakan mereka belum pernah mendapatkan penjelasan mengenai sikap kerja 5S)</p> <p>c. Terdapat satu buah ventilasi udara namun tidak bisa berfungsi karena sudah tertutup dengan bangunan penyimpanan in aktif selain itu kondisi fasilitas pendingin ruangan/ AC yang sudah tidak berfungsi baik menyebabkan udara dalam ruangan penyimpanan aktif terasa cukup panas. Hal ini dapat menurunkan kenyamanan kerja petugas selain itu mengakibatkan kondisi dokumen menjadi semakin berdebu</p>
5.	<i>Sustain / Shitsuke / Rajin (Pembiasaan)</i>	a. Terdapat beberapa masalah pada kegiatan Pendistribusian seperti kesalahan dalam meletak dokumen pada keranjang poli lain (yang bukan poli tujuan) namun ini terjadi dalam jumlah sedikit, masih terdapat komplain dari pasien terhadap keterlambatan dokumen sampai di poli hal ini disebabkan karena beberapa faktor yang memicu terlambat pengantaran dokumen rekam medis ke poli serta membutuhkan waktu untuk mengantar dokumen dari poli yang satu ke poli

yang lainnya. Pengembalian dokumen rekam medis dari poliklinik rawat jalan dilakukan tepat waktu, namun pengembalian dari rawat inap yang sering mengalami keterlambatan dikarenakan berbagai faktor salah satunya keterlambatan pengantaran status oleh petugas poli, status yang belum diisi dengan dokter, proses pengobatan pasien yang lebih panjang dibandingkan dengan pasien rawat jalan, hingga waktu proses pengembalian status yang tidak langsung kembali ke penyimpanan namun ke bagian casemix dan ACI terlebih dahulu.

- b. Petugas belum rutin melakukan pemilahan terhadap barang yang diperlukan dengan yang tidak diperlukan, petugas melakukan pemisahan barang yang sudah rusak ketika terlihat dengan petugas saat melakukan aktivitas. Misal pada status rekam medis pasien terdapat tracer lama yang sudah tidak terpakai lagi, tracer ini baru dibuang ketika terlihat dengan petugas saat petugas melakukan aktivitas distribusi dan hal ini juga jika petugas mendapati tracer terletak pada halaman paling depan status rekam medis, jika tidak terlihat oleh petugas maka tracer tidak akan dibuang. Petugas juga belum rutin melakukan retensi dokumen, petugas mengeluarkan dokumen in aktif dari rak aktif ketika rak sudah penuh hal ini juga yang membuat rak menjadi cepat rusak, banyak tumpukan dokumen rekam medis yang terletak tidak sesuai dengan tempatnya (berada di luar rak seperti di lantai dan di atas rak tertutup).
-

Selain masalah menurut penggolongan aspek 5S pada tabel 4.3 diatas terdapat beberapa permasalahan lainnya yang terkait dengan aktivitas dan fasilitas pada bagian penyimpanan yaitu:

1. Gangguan pada sistem pencetakan tracer, sistem pencetakan tracer pada bagian penyimpanan sudah dilakukan secara otomatis namun masih ada beberapa tracer rekam medis yang tidak tercetak secara otomatis dan harus dicetak secara manual oleh petugas hal ini terjadi karena adanya gangguan jaringan.

2. Terjadinya kerusakan pada alat transportasi untuk distribusi rekam medis ke poli seperti sepeda elektrik, bagian penyimpanan aktif memiliki dua buah alat bantu transportasi khusus untuk mengantar dokumen ke poli yang berada di belakang (poli yang jaraknya agak jauh) penggunaan sepeda ini ditujukan agar lebih menghemat dan mempercepat waktu pengantaran dokumen ke poli. Sementara itu bagian penyimpanan juga memiliki troli khusus untuk alat transportasi distribusi dokumen rekam medis ke poli namun biasanya troli ini digunakan untuk mengantar dokumen ke poli yang jaraknya agak dekat dari ruangan penyimpanan.
3. Terjadinya kesalahan pada saat pendistribusian dokumen rekam medis ke poli (kurangnya ketelitian petugas), hal ini menyebabkan dokumen rekam medis tidak sampai ke poli tujuan serta dapat memperpanjang waktu tunggu pasien untuk berobat.

D. Hasil Observasi Produktivitas Petugas

Berdasarkan observasi yang dilakukan secara partisipatif di bagian penyimpanan selama 5 hari yaitu pada tanggal 02, 03, 10, 14 dan 15 juni serta observasi dengan pengamatan secara langsung yang dilakukan selama 5 hari yaitu pada tanggal 30 juni, 01, 04, 08, 21 Juli 2022 didapatkan hasil bahwa rata – rata petugas sudah mengikuti peraturan kerja yang diterapkan di rumah sakit, petugas aktif berinteraksi satu sama lain dan menjalin komunikasi yang baik antar petugas. Petugas selalu bertanya kepada petugas yang lebih senior jika tidak mengetahui suatu pekerjaan hingga koordinator ruangan yang aktif memberikan arahan dan motivasi kepada petugas bagian penyimpanan unit rekam medis.

Berdasarkan hasil observasi terkait produktivitas petugas menunjukkan bahwa rata – rata hampir keseluruhan aspek sudah diterapkan oleh petugas bagian penyimpanan unit rekam medis. Aspek – aspek yang belum diterapkan dengan baik yaitu:

1. Aspek Faktor personal: Rata – rata petugas belum pernah mendapatkan pengarahan sikap kerja 5S walaupun di ruangan penyimpanan terdapat media visual sikap kerja 5S. Berdasarkan hasil wawancara mendalam kepada petugas penyimpanan hampir keseluruhan petugas tidak mengetahui apa itu sikap kerja 5S. Namun ada salah satu petugas yang pernah mendapatkan pengarahan mengenai sikap kerja 5S dari pihak manajemen ketika melakukan penempelan poster tetapi ini sudah lama sekali tidak dilakukan kembali atau pengarahan hanya dilakukan sekali saja ketika penempelan poster sikap kerja 5S dan itu juga tidak merata ke seluruh petugas bagian penyimpanan. Sebagian besar petugas bagian penyimpanan unit rekam medis belum pernah mendapatkan pelatihan khusus untuk bagian rekam medis hal ini disebabkan salah satunya karena latar pendidikan petugas (berdasarkan observasi didapatkan informasi dari total keseluruhan petugas bagian penyimpanan aktif yaitu 16 orang hanya 5 orang yang memiliki latar belakang pendidikan rekam medis). Pelatihan yang pernah di dapat oleh petugas yaitu pelatihan seperti Bantuan hidup dasar, kebakaran serta prosedur cara mencuci tangan dengan benar.
2. Sistem (Prosedur yang diterapkan rumah sakit / SOP) dan Kepemimpinan: Belum ada peraturan khusus dan penerapan terkait pemberian *reward* atau penghargaan terhadap kinerja petugas terbaik pada unit rekam medis. Peraturan yang diterapkan di rumah sakit berupa penghargaan terhadap jasa

pelayanan atau tunjangan (upah diluar gaji pokok) untuk seluruh petugas rumah sakit. Penghargaan diberikan dalam bentuk uang atau tunjangan bagi petugas. Selain itu pada aspek ketepatan waktu dari keterangan koordinator ruangan masih banyak petugas yang datang terlambat.

4.1.2 Measure

Berdasarkan hasil observasi dari tanggal 02 Juni (ketika masa praktik kerja lapangan) – 21 Juli 2022 pada bagian penyimpanan unit rekam medis terdapat kesimpulan masalah – masalah terkait aktivitas petugas pada bagian penyimpanan sebagai berikut:

Tabel 4. 4 Masalah pada bagian penyimpanan unit rekam medis

No	Masalah pada bagian penyimpanan
1.	Salah susun
2.	Keterlambatan pengembalian dokumen rekam medis
3.	Petugas belum pernah mendapatkan pelatihan sikap kerja 5S
4.	Ruangan yang tidak memiliki ventilasi udara
5.	Tidak dijumpai pemberian tanda pada barang yang sudah tidak digunakan
6.	Kerusakan pada alat transportasi distribusi dokumen rekam medis
7.	Kesalahan pendistribusian dokumen rekam medis ke poli
8.	Banyak dokumen rekam medis aktif terletak di luar rak penyimpanan
9.	Gangguan pada sistem pencetakan tracer
10.	Belum rutin melakukan retensi arsip
11.	Tidak terdapat aktivitas pembersihan khusus pada rak penyimpanan dokumen
12.	Tidak rutin melakukan pemilahan barang
13.	Tidak terdapat sistem rotasi kebersihan
14.	Terdapat dokumen rekam medis in aktif di area penyimpanan dokumen rekam medis aktif
15.	Kekurangan Fasilitas penyimpanan seperti rak
16.	Kerusakan rak

Sumber: Hasil analisa observasi dan wawancara penelitian, 2022

Masalah – masalah yang ada pada tabel 4.4 dianalisa menggunakan metode FMEA (*Failure Mode and Effect Analysis*). Metode ini merupakan metodologi terstruktur untuk mengidentifikasi dan menganalisis kegagalan/ kesalahan (*Failure*) yang sudah terjadi atau yang mungkin akan

terjadi, dengan tujuan mencegah kegagalan tersebut memberikan dampak negatif pada hasil sebuah proses (Soemohadiwidjojo, 2017). Tahapan pada analisis ini yaitu :

1. Identifikasi masalah potensial.
2. Melakukan analisis terhadap peluang terjadinya *failure mode/ defect* dengan menghitung nilai RPN (*Risk Perception and Risk Priority*). Nilai RPN dihitung dengan mengalikan skor berdasarkan Dampak/ *Severity* (tingkat keparahan/ kerumitan permasalahan), Probabilitas/ *Probability/Occurrence* (kemungkinan frekuensi terjadinya masalah), dan Detektabilitas/*Detection* (kemungkinan deteksi kegagalan berdasarkan efektivitas metode pengendalian eksisting). Berikut cara menghitung nilai RPN menurut Sartor & Cescon (2019):

$$RPN = S*O*D$$

Keterangan:

S: Dampak/*Severity* (tingkat keparahan/ kerumitan permasalahan)

O: Probabilitas/*Probability/Occurrence* (kemungkinan frekuensi terjadinya masalah)

D: Detektabilitas/*Detection* (kemungkinan deteksi kegagalan berdasarkan efektivitas metode pengendalian eksisting)

3. Nilai hasil perkalian skoring (S x O x D) ditetapkan sebagai nilai RPN. Nilai ini kemudian di urutkan dan diberi peringkat untuk ditetapkan prioritas masalah serta tindakan koreksi yang sebaiknya dilakukan.

Menurut Cescon & Sartor (2019) nilai skoring untuk menentukan tingkat Dampak/ *Severity* adalah sebagai berikut:

Tabel 4. 5 Analisis Dampak / Severity

<i>Failure Mode</i>	<i>Severity</i>	<i>Index</i>
Sangat serius tanpa peringatan	Sistem di blokir tanpa peringatan.	10
Sangat serius dengan peringatan	Sistem di blokir tetapi diberikan kepada pengguna waktu untuk bereaksi.	9
Sangat serius	Sistem tidak bekerja kehilangan fungsi utama.	8
Serius	Sistem bekerja tetapi dengan pengurangan yang cukup besar dari fungsi utama.	7
Sedang	Sistem berfungsi tetapi dengan pengurangan fungsi utama yang lebih sedikit, Pelanggan tidak puas.	6
Rendah	Sistem berfungsi tetapi dengan pengurangan fungsi utama yang lebih sedikit, pelanggan tidak puas.	5
Sangat rendah	Kegagalan kecil yang tidak mempengaruhi fungsi utama. Kegagalan dirasakan oleh sebagian besar pelanggan.	4
Paling rendah	Kegagalan kecil yang tidak mempengaruhi fungsi utama. Kegagalan dirasakan ketika oleh pelanggan rata-rata.	3
Tidak signifikan	Kegagalan kecil yang tidak mempengaruhi fungsi utama. Kegagalan dirasakan oleh pelanggan yang paling jeli.	2
Tidak ada	Tidak ada cacat atau cacat lainnya.	1

Nilai skoring untuk penilaian Probabilitas/Probability/Occurrence (kemungkinan frekuensi terjadinya masalah) Menurut Cescon & Sartor (2019) adalah sebagai berikut:

Tabel 4. 6 Analisis Probabilitas kegagalan

<i>Probability of Failure</i>	<i>Failure rate</i>	<i>Index</i>
Sangat tinggi: tarifnya praktis	21 dari 2	10
Tak terhindarkan	1 dari 3	9

Tinggi: Kegagalan berulang	1 dari 8 1 dari 20	8 7
Sedang: kegagalan sesekali	1 dari 80 1 dari 400 1 dari 2.000	6 5 4
Rendah: proyek sebelumnya memberikan nilai rendah jumlah kesalahan	1 dari 15.000 1 dari 150.000	3 2
Jarak Jauh: Kemungkinan kegagalan hampir tidak	<1 dari 1.500.000	1

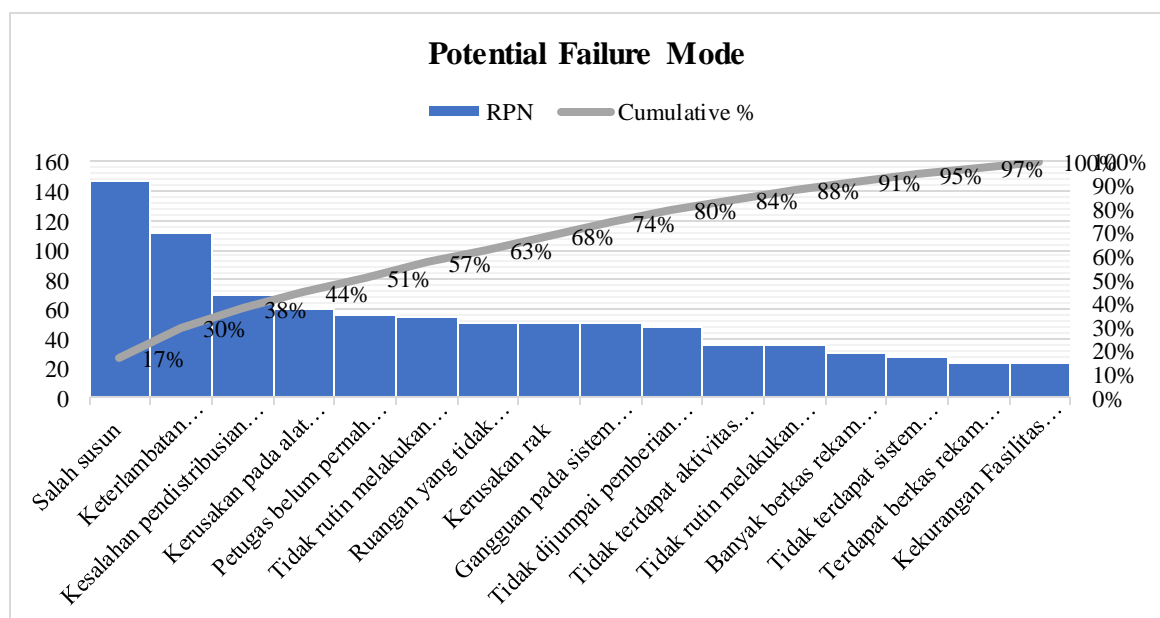
Nilai skoring untuk penilaian *Detektabilitas/Detection* (kemungkinan deteksi kegagalan berdasarkan efektivitas metode pengendalian eksisting) Menurut Cescon & Sartor (2019) adalah sebagai berikut:

Tabel 4. 7 Analisis Deteksi Kemungkinan Kegagalan

<i>Detection</i>	<i>Evaluating Criterion</i>	<i>Index</i>
Mustahil	Penyebab kegagalan tidak dapat dideteksi, atau kontrol desain tidak ada	10
Sangat Kecil	Kemungkinan sangat kecil kapasitas fase kontrol untuk dapat mendeteksi penyebab kegagalan	9
Kecil	Kemungkinan kecil kapasitas tahap kontrol untuk dapat mendeteksi penyebab kegagalan	8
Sangat Rendah	Sangat rendah kemungkinan kapasitas tahap kontrol untuk dapat menemukan penyebab kegagalan	7
Rendah	Rendah kemungkinan kapasitas tahap kontrol untuk dapat menemukan penyebab kegagalan	6
Rata - rata	Tahap kontrol memiliki Kapasitas rata – rata untuk menemukan penyebab kegagalan	5
Cukup Tinggi	Kemungkinan tahap kontrol menemukan penyebab kegagalan cukup tinggi	4
Tinggi	Kemungkinan tahap kontrol menemukan penyebab kegagalan tinggi	3

Sangat Tinggi	Kemungkinan tahap kontrol menemukan penyebab kegagalan sangat tinggi	2
Pasti	Tahap kontrol pasti akan menemukan penyebab kegagalan	1

Penyajian hasil pengolahan dan analisa masalah yang sudah dilakukan dengan cara mengalikan skor masalah berdasarkan dampak, probabilitas serta deteksi kegagalan menggunakan metode FMEA di perlihatkan melalui diagram berikut ini:



Gambar 4. 3 Diagram Pareto Hasil Pengukuran Analisa Masalah dengan Metode FMEA

Gambar 4.3 mempresentasikan data masalah – masalah yang terjadi pada bagian penyimpanan unit rekam medis. Diagram diatas menunjukkan bahwa masalah/ *defect* yang paling sering terjadi berada pada diagram batang paling kiri dekat sumbu-y. Terdapat 3 masalah/ *Defect* yang paling sering terjadi yaitu salah susun sebesar 18 %, Keterlambatan pengambilan dokumen rekam medis dari rawat inap sebesar 31 % dan Kesalahan pendistribusian dokumen rekam medis ke poli lain sebesar 39%. Sesuai dengan prinsip pareto bahwa dengan nilai kumulatif

mencapai 80% dengan asumsi 80% tersebut dapat mewakili seluruh jenis masalah/ *defect* yang terjadi. Jika ketiga masalah dominan tersebut di tangani, maka 88% masalah pada bagian penyimpanan unit rekam medis dapat terselesaikan sehingga ketiga jenis masalah diatas menjadi prioritas yang harus ditangani terlebih dahulu. Hasil pengukuran dan analisa 3 masalah dominan pada bagian penyimpanan unit rekam medis menggunakan metode FMEA di uraikan diuraikan pada tabel 4.8 berikut ini.

Tabel 4. 8 Prioritas Masalah

No	<i>Mode of Failure (Defect)</i>	<i>Potential Cause of Failure</i>	<i>Potential Effect of Failure</i>	RPN
1.	Salah susun	Petugas salah meletak saat menyusun dokumen	Dokumen tidak ketemu dan tidak dapat diantar ke poli serta mengakibatkan waktu tunggu pasien semakin panjang	147
2.	Keterlambatan pengembalian dokumen rekam medis	Dokter belum mengisi status rekam medis, keterlambatan petugas ruangan/ perawat mengembalikan dokumen, proses perawatan pasien rawat inap lebih panjang dibandingkan pasien rawat jalan	Keterlambatan Pengantaran dokumen rekam medis ke poli	112
3.	Kesalahan pendistribusian dokumen rekam medis ke poli lain	Kurangnya ketelitian petugas, masih terdapat tracer lama yang sudah tidak digunakan lagi/ sudah lewat tanggal berobat pasien dalam dokumen	Memperpanjang waktu tunggu pasien	70

Sumber: Hasil Pengolahan analisa data menggunakan metode FMEA

Pada tabel 4.8 terlihat bahwa skor RPN tertinggi terletak pada masalah salah susun. Masalah salah susun ini disebabkan oleh kurangnya ketelitian petugas ketika menyusun dokumen, dari hasil observasi faktor utama penyebab petugas salah susun adalah penurunan tingkat fokus kerja

petugas. Masalah selanjutnya dengan skor RPN tertinggi urutan kedua yaitu pengembalian dokumen rekam medis dari rawat inap. Berdasarkan hasil observasi dan wawancara masalah pengembalian rekam medis ini merupakan faktor kedua yang menjadi pemicu utama dalam terlambatnya waktu pengantaran dokumen ke poli. Keterlambatan pengantaran dokumen ke poli disebabkan oleh dua faktor utama yaitu pertama adalah salah susun, jika dokumen tidak ditemukan karena salah susun maka terdapat kemungkinan dokumen tidak dapat diantar ke poli pada hari yang sama. Sementara jika dokumen tidak ditemukan karena belum dikembalikan dari ruang rawat maka koordinator ruangan dapat menghubungi petugas ruang rawat atau petugas bagian casemix (jika dokumen rekam medis pasien masih di proses di casemix) untuk dikembalikan saat dibutuhkan pada hari itu juga. Kedua faktor ini dapat memicu waktu tunggu pasien semakin lama.

Masalah dengan urutan tertinggi ketiga dengan nilai skor RPN sebesar 70 yaitu Kesalahan pendistribusian dokumen rekam medis ke poli lain. Masalah ini terjadi karena petugas salah melihat tanggal pada tracer rekam medis sehingga petugas salah mengantar status ke poli lain yang bukan poli tujuan pasien pada hari itu berobat. Hal ini disebabkan salah satunya karena terdapat tracer yang sudah tidak digunakan lagi di dalam status rekam medis pasien. Masalah ini tidak sering terjadi menurut hasil wawancara ke petugas masalah salah dalam pendistribusian rekam medis ke poli ini terjadi 1 – 2 kali dalam seminggu.

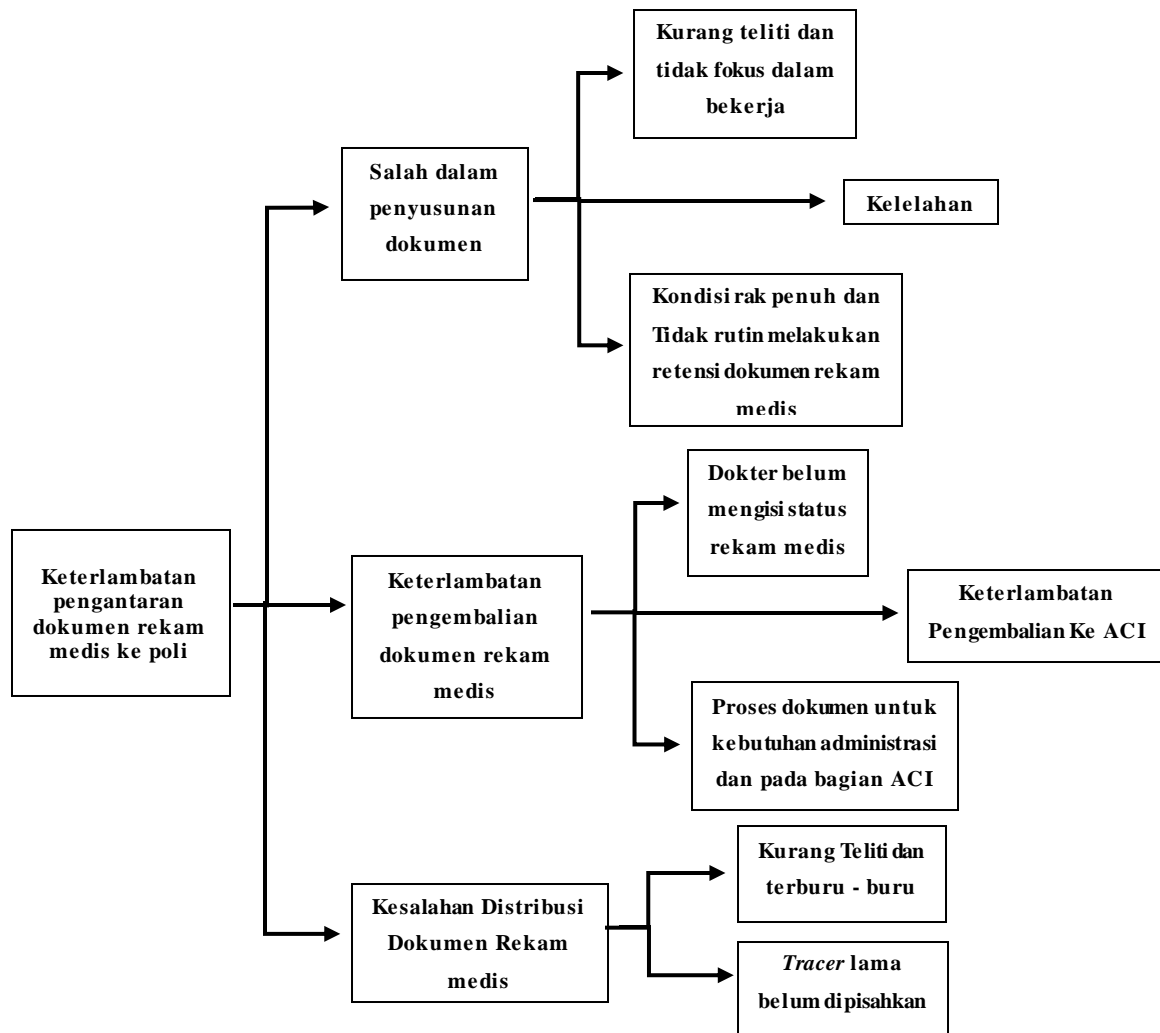
4.1.3 Analyze

A. Masalah prioritas pada bagian penyimpanan

Sistem penyimpanan pada unit rekam medis RSUD Arifin Achmad provinsi riau dilakukan secara sentralisasi yaitu terpusat pada satu ruang penyimpanan untuk rawat jalan, rawat inap serta rawat darurat. Berdasarkan analisis masalah yang ditemukan terdapat 3

prioritas masalah yang menjadi masalah paling dominan pada penyimpanan unit rekam medis RSUD Arifin Achmad provinsi riau.

Masalah utama yang menjadi prioritas pertama yang paling sering terjadi dan mengganggu aktivitas petugas adalah masalah terkait penyusunan dokumen di rak penyimpanan, kemudian disusul dengan masalah pengembalian dokumen dari rawat inap. Masalah yang sering terjadi dari paparan kutipan hasil wawancara diatas di urutkan kemudian di analisa dengan menggunakan metode FMEA, hasil analisa data masalah menunjukkan terdapat 3 masalah yang menjadi prioritas utama untuk segera ditangani. Ketiga prioritas tersebut secara langsung menjadi faktor penyebab penerapan sikap kerja 5S belum diterapkan dengan baik. Berikut ini adalah penjabaran faktor – faktor yang menyebabkan terjadinya 3 prioritas permasalahan pada bagian penyimpanan unit rekam medis RSUD Arifin Achmad provinsi riau menggunakan diagram akar:



Gambar 4. 4 Diagram Akar: Prioritas Masalah pada bagian penyimpanan unit rekam medis

Berdasarkan penjabaran faktor – faktor penyebab terjadinya 3 prioritas masalah pada gambar 4.4 menunjukkan bahwa 3 prioritas masalah yaitu salah dalam penyusunan dokumen, keterlambatan pengembalian dari poli hingga kesalahan dalam distribusi dokumen rekam medis dapat memberikan dampak yang sama pada pelayanan yaitu terlambatnya pengantaran dokumen rekam medis ke poli. Sesuai dengan hasil wawancara dengan koordinator ruangan (U1) bahwa masalah utama yang sering terjadi pada bagian penyimpanan unit rekam medis adalah masalah keterlambatan pengantaran dokumen ke poli.

Dari hasil wawancara didapatkan informasi bahwa masalah yang menyebabkan terlambat pengantaran dokumen ke poli adalah pertama masalah salah susun kemudian masalah keterlambatan pengembalian dokumen ke bagian penyimpanan. Apabila dokumen atau status rekam medis tidak ditemukan karena salah susun berdasarkan informasi yang didapatkan dari hasil wawancara dengan koordinator ruangan maka terdapat kemungkinan dokumen atau status rekam medis tidak dapat diantar pada hari yang sama, sementara untuk masalah keterlambatan pengembalian status berdasarkan informasi yang didapatkan dari hasil wawancara unit yang paling sering terlambat mengembalikan dokumen yaitu unit rawat inap.

Dokumen atau status rekam medis yang belum dikembalikan, pada hari yang sama dapat di antar ke poli tujuan dengan cara koordinator ruangan menghubungi petugas administrasi ruangan untuk mengembalikan dokumen rekam medis ke penyimpanan. oleh karena itu diantara kedua masalah penyebab keterlambatan pengantaran dokumen ke poli masalah yang lebih sering terjadi disebabkan karena salah susun. Sesuai dengan kutipan hasil wawancara dengan koordinator ruangan (U1) diatas bahwa waktu yang dibutuhkan untuk pengantaran dokumen rekam medis ke poli rawat jalan adalah 30 menit sehingga pelaksanaan waktu pengantaran dokumen rekam medis belum sesuai dengan standar pelayanan minimal rumah sakit menurut Permenkes No 129 tahun 2008 mengenai standar pelayanan minimal rumah sakit yaitu waktu penyediaan rekam medis khusus untuk rawat jalan adalah ≤ 10 menit. Berikut ini penjabaran faktor – faktor yang menyebabkan 3 masalah prioritas pada bagian penyimpanan unit rekam medis.

1. Salah dalam penyusunan dokumen

Masalah yang menjadi masalah utama dan sering terjadi adalah masalah salah dalam penyusunan dokumen rekam medis di rak yaitu penyusunan dokumen yang tidak sesuai urutan nomor rekam medis. Sesuai dengan hasil wawancara dari salah satu petugas bagian penyimpanan unit rekam medis yaitu:

...”Terlambat Pengantaran Status ke poli, jadi kakak sering ditelfon sama orang poli nanyain kok belum diantar juga statusnya kesini.. Pasien udah nunggu lama ni... ya kek gitu lah, itu penyebabnya ada 2 biasanya pertama itu salah susun kedua karena pengembalian..paling sering itu karena salah susun setelah itu baru karena pengembalian.. jadi kalo pengembalian itu yang buat dia lama biasanya kalo dia balik dari rawat inap, dari rawat inap ini harusnya 2x24 jam kan dibalikannya kesini (ke penyimpanan) tapi kenyataannya orang sana itu yang terlambat ngantar ke aci, penyebabnya itu sebenarnya banyak faktor salah satunya dokternya yang belum ngisi status jadi nunggu dulu dokternya ngelengkapin isi rekam medisnya, terus belum lagi mereka mau ngisi data administrasi pasien banyakla faktor yang buat terlambat pengembalian status dari ruangan tu...belum lagi nanti di aci status pasien itu diproses dulu jadi makan waktu kurang lebih 3-4 hari lah status tu baru dibalikkan kesini. sebenarnya juga kalo menurut standar peraturan rekam medis waktu distribusi rekam medis itu harusnya kurang lebih 10 menit kan tapi kenyataannya disini gabisa kaya gitu paling cepet pengantaran status ke poli itu sekitar 30

menit lah kakak udah berapa kali bilang sama mereka orang-orang yang di poli itu ga mungkin kami dalam waktu 10 menit udah ngantar ke poli minimal paling cepat kami bisa 30 menit karena melihat kondisi jumlah tenaga kami sekarang...” (U1)

Masalah ini sering terjadi saat aktivitas petugas melakukan pengembalian dan penyusunan dokumen di rak dan akan ditemukan (salah susun) ketika petugas mencari dokumen di rak saat aktivitas pencarian dokumen di rak untuk di antar ke poli. Kondisi salah susun ini merupakan salah satu bentuk *waste* jenis *People* yang di hasilkan dari aktivitas petugas. Dampak dari salah susun dokumen terlihat ketika petugas melakukan proses pencarian dokumen rekam medis pada rak penyimpanan. Berdasarkan observasi didapatkan waktu rata – rata untuk pencarian untuk 1 dokumen di rak adalah 2 menit 50 detik. Secara keseluruhan dokumen rekam medis pada rak penyimpanan belum disusun secara tegak dan sejajar. Dokumen rekam medis disusun secara berurutan sesuai dengan standar sistem penomoran yang digunakan oleh bagian penyimpanan unit rekam medis RSUD Arifin Achmad provinsi riau yaitu sistem Terminal Digit Filling yang merupakan sistem dengan penjajaran dokumen rekam medis berdasar urutan nomor rekam medis di dua angka kelompok terakhir. Berikut ini adalah bentuk susunan dokumen rekam medis pada rak penyimpanan:



Gambar 4. 5 Letak Dokumen Rekam Medis Pada Rak tertutup



Gambar 4. 6 Letak Dokumen Rekam Medis Pada Rak terbuka

Pada gambar 4.5 dan 4.6 terlihat bahwa tidak semua dokumen rekam medis disusun secara tegak dan sejajar, namun ada cukup banyak dokumen rekam medis yang diletak diatas dokumen rekam medis lainnya. Hal ini disebabkan karena dokumen pada rak sudah penuh dan tidak ada tempat lagi untuk meletak dokumen. Dampak dari cara penyusunan dokumen yang tidak tepat dapat memicu waktu pencarian dokumen menjadi lama dikarenakan peletakan dokumen yang tidak beraturan. Faktor – faktor yang menyebabkan masalah salah dalam penyusunan dokumen rekam medis di rak di kelompokkan ke dalam 3 kategori sebagai berikut:

a. Kurang Teliti dan tidak fokus dalam bekerja

Berdasarkan hasil pengamatan secara langsung yang dilakukan pada bagian penyimpanan aktif unit rekam medis RSUD Arifin Achmad provinsi riau selama 2 bulan didapati bahwa aktivitas utama petugas pada bagian penyimpanan terdiri dari pengambilan dokumen dari rak, pengembalian dan penyusunan dokumen ke rak, melakukan input masuk dan keluar dokumen serta distribusi dokumen rekam medis ke poli. Keseluruhan aktivitas – aktivitas yang dilakukan oleh petugas dilaksanakan sesuai dengan tugas pokok masing – masing petugas. Bagian penyimpanan rekam medis RSUD Arifin Achmad memiliki total fasilitas rak tertutup/ *Roll O'pack* sebanyak 49 buah sementara rak terbuka sebanyak 11 buah. Tiap satu deretan rak memiliki 1 orang petugas yang berperan untuk memegang rak, yang dimaksud dengan memegang rak ini adalah petugas yang memiliki hak dan kewajiban untuk menyusun, menjaga hingga mengatur keluar masuknya dokumen rekam medis pada rak. Terdapat 15 nomor (dilihat dari 2 digit angka terakhir nomor rekam medis) dalam satu rak dan pada 1 nomor (dari 15 nomor tersebut) memiliki 100 nomor

(dilihat dari 4 digit awal nomor rekam medis) contoh; 000165,000265,000365 dan seterusnya.

Banyaknya jumlah dokumen rekam medis yang harus dikelola oleh setiap petugas ditambah dengan tugas petugas yang tidak hanya menjaga rak namun melakukan melakukan penginputan keluar dan masuk nomor rekam medis pasien serta distribusi yang menyebabkan petugas menjadi kelelahan dan tidak fokus dalam bekerja. Berdasarkan temuan dari hasil observasi dan wawancara didapati bahwa petugas bekerja dari pagi hingga sore. Waktu istirahat disesuaikan dengan kondisi pelayanan, terutama pada hari senin dan rabu merupakan hari dengan jumlah pasien terpadat dikarenakan semua poli onkologi buka pada hari tersebut. Sehingga hal ini menambah beban kerja petugas dan ketika kondisi jumlah pasien yang ramai serta banyak pasien dan petugas dari ruangan lain yang ingin meminjam dokumen ke penyimpanan hal ini yang dapat memicu petugas menjadi terburu – buru dan kurang teliti dalam bekerja. Faktor kelelahan pada petugas menyebabkan petugas menjadi kurang fokus dalam bekerja hal ini yang menyebabkan terjadinya salah penyusunan dokumen di rak seperti pada kutipan hasil wawancara dengan salah satu petugas berikut:

...”Salah susun itu biasanya karena kecapean sama karena dalam sehari tu udah sering nyusun jadi kurang fokus aja pas nyusun...” (U6)

b. Kelelahan

Faktor penyebab lainnya yaitu kelelahan, menurut keterangan dari beberapa petugas setiap hari pasti ada dilakukan kegiatan penyusunan dokumen di rak. Dokumen rekam medis disusun kembali di rak saat sudah di kembalikan dari poli dan di

input ‘masuk’ ke sistem distribusi rekam medis. Faktor kelelahan berdampak secara langsung terhadap petugas ketika melakukan aktivitas pengelolaan rekam medis, hal ini sesuai dengan hasil wawancara dari beberapa petugas yaitu:

...” kalo salah susun itu kalo abang ya itu biasalah petugas kalo udah kecapean kan jadi ga fokus lagi apalagi kalo kaya yang abang bilang tadi kerjaan numpuk gara gara banyak petugas yang gamasuk otomatis kerjaan kita ngerangkap jadi ngerjain kerjaan itu ga bisa maksimal gitu semuanya...” (U7)

...” iya benar, masalah yang paling mengganggu itu emang salah susun, sebabnya ya kalo dah banyak ni nyusun dokumen kan apalagi kalo dah siang itu dah makin ga fokus aja, ditambah lagi karena kecapean...” (U3)

Hasil observasi menunjukkan bahwa salah satu penyebab terjadinya salah susun adalah karena banyak melakukan aktivitas penyusunan dokumen di rak pada hari yang sama sehingga mengakibatkan kelelahan pada petugas. Berdasarkan hasil observasi pada bagian penyimpanan unit rekam medis rata – rata jam kerja dalam sehari terutama bagi petugas yang masuk shift pagi yaitu 8 jam 42 menit. Jam masuk kerja petugas yang dimulai dari pukul 07.30 – 16.00 dari senin sampai rabu serta dari pukul 07.30 – 16.30 dari hari kamis sampai jumat.

Sistem kerja petugas khusus bagian penyimpanan unit rekam medis menggunakan sistem rotasi atau pergantian jadwal (*shift*). Petugas dengan shift pagi masuk pada pukul 07.30 – 14.00 sementara untuk petugas shift sore masuk kerja dari pukul

14.00 – 21.00 dan petugas untuk shift malam dari pukul 21.00 – 07.30 pagi. Rata – rata jam kerja secara keseluruhan (baik untuk shift pagi, sore dan malam) dari perhitungan hasil observasi adalah 8 jam 44 menit. Sistem kerja rotasi petugas ini mulai ada semenjak di terapkannya sistem pendaftaran berobat secara online melalui aplikasi dari rumah sakit yang bernama MIRAI pasien. Semenjak ada diterapkannya sistem pendaftaran pasien secara online ini sangat mempengaruhi Produktivitas petugas terutama petugas pada bagian penyimpanan unit rekam medis. Dengan adanya sistem rotasi kerja petugas namun dengan jumlah petugas yang tetap (jumlah petugas penyimpanan unit rekam medis ada 16 orang) memberikan dampak secara langsung pada faktor kelelahan petugas.

Hasil wawancara terhadap petugas bagian penyimpanan memberikan informasi yaitu dampak secara langsung yang dirasakan petugas adalah dengan adanya sistem rotasi kerja, petugas yang sudah masuk shift malam pada hari ini maka keesokan harinya petugas tidak masuk kerja (libur), aturan ini berlaku untuk petugas yang masuk pada shift malam. Petugas yang masuk pada shift malam bertugas untuk mengelola dokumen rekam medis pasien terutama bagi pasien yang mendaftar melalui MIRAI dan bagi pasien rawat inap. Hal ini yang menyebabkan pengurangan jumlah petugas yang bekerja pada shift pagi. Sementara beban kerja tertinggi terletak pada petugas yang masuk shift pagi. Jumlah rata –rata pasien yang mendaftar secara umum/ tanpa menggunakan aplikasi mobile MIRAI berdasarkan hasil analisa data jumlah distribusi dokumen rekam medis dari bulan januari – juni 2022 adalah 8.824 orang sementara untuk jumlah rata – rata pasien yang

mendaftar melalui aplikasi mobile/ MIRAI adalah sebanyak 1.102 orang.

Menurut informasi dari hasil wawancara dengan kepala ruangan rekam medis saat ini unit rekam medis RSUD Arifin Achmad mengalami permasalahan kekurangan tenaga kerja lulusan rekam medis. Sementara berdasarkan hasil perhitungan data jumlah distribusi rekam medis menunjukkan jumlah pasien yang mendaftar secara umum lebih banyak dibandingkan pasien yang mendaftar secara online. Menurut hasil wawancara secara mendalam dengan beberapa petugas, bagi petugas yang masuk shift pagi ketika ada petugas yang tidak masuk dikarenakan sudah masuk shift malam maka secara langsung petugas shift yang melaksanakan pekerjaan petugas yang masuk shift malam. Kondisi ini sesuai dengan hasil wawancara dengan salah satu petugas pada bagian penyimpanan yaitu:

...” masalah yang sering dialami ya kalo banyak petugas yang ga masuk, kita kan sekarang ada pake shift malam ya jadi karena shift malam ini kalo petugas udah dapat shift malam besoknya dia gamasuk jadi karena itu kita jadi kekurangan petugas disini kerja juga jadi lumayan berat karena nambah kan kerjaan hanya beberapa petugas aja yang masuk apalagi kalo misalnya ditambah ada petugas yang izin atau cuti nah itu makin nambah lah tu beban kerja petugas yang masuk di hari itu...” (U7)

- c. Kondisi rak penuh dan petugas belum melakukan retensi dokumen secara rutin

Faktor penyebab lainnya yang berkaitan dengan alat untuk membantu proses kerja petugas terletak pada rak untuk

menyimpan dokumen. Bagian penyimpanan unit rekam medis memiliki 2 jenis rak untuk menyimpan dokumen yaitu rak terbuka dan rak tertutup/ *Roll o'pack* seperti pada gambar 4.6 dan 4.7. Maksud dari kondisi kekurangan tempat disini adalah kekurangan tempat untuk meletak dokumen di rak, hal ini dapat terjadi ketika kondisi rak sudah penuh sehingga tidak memungkinkan lagi untuk meletak status dalam rak. Kondisi rak penuh bisa disebabkan salah satunya karena petugas yang belum melakukan retensi dokumen secara rutin. Petugas hanya melakukan kegiatan retensi ketika kondisi rak sudah penuh, hal ini sesuai dengan hasil wawancara mendalam kepada beberapa petugas yaitu:

...” ehm nggak juga sih dek, kalo tenampak aja sama kalo lagi gaada kerjaan udah santai lah gitu ga sibuk lagi baru kakak keluarin dokumen in aktif dari rak aktif...” (U4)

...” ya kalo abang ga rutin, kalo pas nampak aja dokumen in aktif di rak tu baru abang keluarin dari rak misal pas lagi yari dokumen di rak terus ada jumpa dokumen in aktif ya pas itu baru abang keluarkan dari rak dokumennya...” (U7)

Berdasarkan kutipan hasil wawancara diatas dapat disimpulkan bahwa aktivitas retensi dokumen/ pengeluaran dokumen in aktif dari rak penyimpanan aktif tidak rutin dilakukan. Masalah petugas yang belum rutin melakukan retensi dokumen dapat mengakibatkan kondisi rak menjadi cepat penuh. Selain itu kemungkinan terdapat dokumen in aktif pada rak menjadi tinggi di karenakan petugas belum rutin melakukan

retensi dan pemeriksaan terhadap status pasien yang sudah lama tidak berobat. Selain itu masalah ini memiliki dampak secara langsung pada penyusunan dokumen di rak, yaitu dengan jumlah dokumen yang bertambah dan semakin banyak dapat memicu resiko salah peletakan dokumen tidak sesuai dengan nomor urut rekam medis.

2. Keterlambatan Pengembalian Dokumen Rekam Medis

Bagian penyimpanan unit rekam medis memiliki salah satu tugas pokok yaitu melakukan penerimaan dokumen rekam medis yang kembali dari instalasi rawat jalan, rawat darurat serta dari rawat inap. Proses penerimaan dokumen rekam medis sebelum dimasukkan ke dalam rak adalah petugas harus menginput terlebih dahulu nomor rekam medis ke sistem distribusi rekam medis bagian 'Masuk' serta menulis nomor status rekam medis yang sudah kembali ke bagian penyimpanan pada buku ekspedisi rekam medis yang sesuai dengan standar operasional peraturan rumah sakit khusus pada bagian penyimpanan unit rekam medis.



Gambar 4. 7 Proses Input nomor rekam medis ke sistem distribusi rekam medis



Gambar 4. 8 Pengembalian Dokumen rekam medis dari rawat inap

Kedua gambar diatas merupakan proses pengembalian dokumen rekam medis dari ruang rawat atau poli. Berdasarkan standar operasional prosedur RSUD Arifin Achmad provinsi riau mengenai pengembalian dokumen rekam medis untuk dari rawat

jalan harus dikembalikan dalam waktu 1 x 24 jam sementara untuk rawat inap dikembalikan dalam waktu 2 x 24 jam. Masalah yang sering terjadi pada bagian penyimpanan dan mengakibatkan terganggunya proses distribusi rekam medis ke poli adalah keterlambatan pengembalian dokumen dari ruang rawat inap. Informasi yang didapatkan dari hasil wawancara dengan koordinator ruangan menunjukkan bahwa pengembalian dokumen rekam medis dari rawat inap berkisar antara 3 – 4 hari untuk dokumen rekam medis sampai di bagian penyimpanan. Berdasarkan hasil wawancara dengan beberapa petugas dan koordinator ruangan unit bagian penyimpanan didapatkan informasi bahwa keterlambatan pengembalian dokumen rekam medis ke bagian penyimpanan berasal dari unit ruang rawat inap. Keterlambatan pengembalian dokumen rekam medis dari rawat inap disebabkan oleh beberapa faktor sebagai berikut:

a. Dokter belum mengisi status rekam medis pasien

Berdasarkan hasil wawancara dengan koordinator ruangan (U1) didapatkan informasi bahwa salah satu faktor yang menyebabkan keterlambatan pengembalian dokumen dari rawat inap adalah dokter yang belum mengisi atau melengkapi status rekam medis pasien. Hal ini sesuai dengan pernyataan dari koordinator ruangan saat di lakukan wawancara mendalam yaitu:

...” penyebabnya itu sebenarnya banyak faktor salah satunya dokternya yang belum ngisi status jadi nunggu dulu dokternya ngelengkapin isi rekam medisnya...” (U1)

Sebelum rekam medis dikembalikan ke bagian ACI, casemix hingga ke bagian penyimpanan, status rekam

medis harus diisi dan dilengkapi terlebih dahulu oleh dokter yang menangani pasien. Faktor dokter yang belum mengisi status rekam medis pasien dipengaruhi oleh proses pengobatan pasien. Proses pengobatan pasien yang semakin panjang menandakan bahwa akan ada banyak tindakan medis yang akan dilakukan. Hal ini yang menjadi salah satu penyebab dokter belum mengisi atau melengkapi status rekam medis pasien.

b. Keterlambatan pengembalian ke bagian ACI

Berdasarkan hasil wawancara dengan koordinator ruangan dan petugas bagian penyimpanan unit rekam medis terdapat informasi bahwa pengembalian dokumen rekam medis dari rawat inap tidak akan langsung dikembalikan ke bagian penyimpanan. Dokumen rekam medis dikembalikan ke bagian casemix kemudian ke bagian ACI (*Assembling, Coding, Indexing*) dan terakhir ke bagian penyimpanan. Sesuai dengan hasil wawancara dengan koordinator ruangan bagian penyimpanan dan salah satu petugas bagian penyimpanan sebagai berikut:

...” jadi kalo pengembalian itu yang buat dia lama biasanya kalo dia balik dari rawat inap, dari rawat inap ini harusnya 2x24 jam kan dibalikannya kesini (ke penyimpanan) tapi kenyataannya orang sana itu yang terlambat ngantar ke aci...” (U1)

...” kalo yang dari rawat inap itu lama karena itu statusnya balik ga langsung ke kita jadi status rekam medis dari rawat inap itu dikembalikan ke

bagian casemix dulu setelah itu baru ke aci nah terakhir baru ke kita (penyimpanan) sampai selesai status nya di proses disana baru la nyampai ke sini jadi itu sebenarnya yang buat lama...” (U3)

Kutipan hasil wawancara dengan informan (U1) menunjukkan bahwa salah satu faktor yang menyebabkan keterlambatan pengembalian dokumen dari rawat inap adalah petugas atau perawat ruangan yang terlambat mengembalikan dokumen ke bagian ACI. Sehingga hal ini membuat waktu proses pengembalian dokumen rekam medis ke bagian penyimpanan menjadi semakin panjang. Hal – hal yang mempengaruhi petugas atau perawat ruangan lama mengembalikan dokumen ke bagian ACI salah satunya di karenakan proses pengobatan pasien rawat inap lebih panjang dibandingkan proses pengobatan pasien rawat jalan terutama jika pasien harus menjalani tindakan operasi maka dokumen rekam medis tidak akan dikembalikan hingga proses pengobatan pasien selesai.

c. Proses Dokumen untuk Kebutuhan Administrasi serta Proses Dokumen pada Bagian ACI

Proses pengembalian dokumen rekam medis dari rawat inap ke bagian penyimpanan unit rekam medis melalui beberapa tahap seperti yang sudah dijelaskan pada poin a dan b diatas. Keterlambatan pengembalian dokumen rekam medis ke bagian casemix maupun ke bagian ACI dapat memperpanjang waktu pengembalian dokumen ke bagian penyimpanan. Sebelum dokumen rekam medis dikembalikan ke bagian casemix, dokumen rekam medis akan digunakan oleh petugas administrasi ruang rawat inap

untuk keperluan pengisian data administrasi pengobatan pasien. Setelah pengisian data administrasi pasien selesai selanjutnya dokumen rekam medis akan dikembalikan ke bagian casemix untuk dilakukan proses klaim biaya pengobatan pasien.

Proses klaim biaya pengobatan pasien ini memerlukan waktu. Setelah proses klaim biaya pengobatan pada bagian casemix selesai selanjutnya dokumen rekam medis diantar ke bagian ACI. Bagian ACI merupakan bagian dari unit rekam medis yang berperan untuk melakukan pengkodean penyakit dari hasil diagnosa dokter pada status/ dokumen rekam medis pasien. Berdasarkan hasil observasi waktu proses dokumen rekam medis pada bagian ACI berkisar antara 2 – 3 hari bahkan ada yang lebih tergantung banyak atau tidaknya hasil diagnosa penyakit pada status rekam medis pasien. Hasil analisa pengkodean penyakit pasien akan dibuat dalam bentuk laporan seperti laporan 10 besar peyakit di rumah sakit. Terakhir setelah proses dokumen rekam medis di bagian ACI selesai dokumen rekam medis akan dikembalikan ke bagian penyimpanan untuk keperluan distribusi.

3. Kesalahan Distribusi Rekam Medis

Proses ditribusi rekam medis ke poli rawat jalan merupakan salah satu tugas pokok bagian penyimpanan unit rekam medis RSUD Arifin Achmad provinsi riau. Kegiatan distribusi rekam medis merupakan kegiatan pengantaran dokumen ke poli. Ada beberapa tahap kegiatan yang dilakukan sebelum melakukan pengantaran dokumen ke poli diantaranya yaitu pengeluaran

dokumen rekam medis dari rak, menginput nomor rekam medis pada bagian 'Keluar' di sistem distribusi rekam medis serta mencetak label pasien jika diperlukan. Bagian penyimpanan unit rekam medis RSUD Arifin Achmad memiliki 3 area utama yaitu area distribusi dokumen, area penyimpanan aktif dan area penyimpanan in aktif. Area distribusi dokumen rekam medis terletak di depan dan berhubungan langsung dengan area pendaftaran pasien.



Gambar 4. 10 Pengantaran dokumen rekam medis ke poli



Gambar 4. 9 Pencatatan nomor rekam medis ke dalam buku ekspedisi

Gambar 4.9 menunjukkan kegiatan pencatatan nomor dokumen rekam medis pasien ke dalam buku ekspedisi setiap poli sesuai dengan poli tujuan yang ada pada tracer dalam status rekam medis pasien. Kegiatan ini rutin dilakukan setiap saat sebelum petugas mengantarkan dokumen rekam medis ke poli. Gambar 4.10 menunjukkan kegiatan pengantaran dokumen rekam medis ke poli. Bagian penyimpanan unit rekam medis RSUD Arifin Achmad memiliki 2 jenis alat transportasi khusus untuk pengantaran dokumen rekam medis ke poli yaitu 2 unit sepeda elektrik dan 4 unit troli/ keranjang.

Hasil wawancara mendalam dengan koordinator ruangan bagian penyimpanan aktif menunjukkan bahwa waktu distribusi rekam medis ke poli membutuhkan waktu paling cepat sekitar 30 menit, waktu ini sudah termasuk keseluruhan proses dimulai dari

proses pencarian dokumen, pengeluaran dokumen, pemeriksaan sebelum distribusi hingga pengantaran ke poli. Diketahui dari hasil observasi rata – rata waktu yang dibutuhkan untuk distribusi dokumen rekam medis ke poli adalah 16 menit dengan menggunakan alat transportasi sepeda elektrik dan 7 menit dengan menggunakan alat transportasi troli/keranjang. Penggunaan alat transportasi sepeda elektrik digunakan untuk mengantar dokumen rekam medis ke poli yang letaknya jauh dari ruangan penyimpanan contohnya poli onkologi, sementara troli digunakan untuk mengantarkan dokumen rekam medis ke poli yang letaknya dekat dari ruangan penyimpanan namun penggunaan troli pernah dilakukan untuk mengantarkan dokumen rekam medis ke poli yang letaknya jauh dari penyimpanan ketika kondisi sepeda elektrik rusak dan tidak bisa dipakai. Kesalahan distribusi rekam medis terjadi ketika petugas mengantarkan rekam medis ke poli yang bukan tujuan pasien. Adapun faktor – faktor yang menyebabkan terjadinya kesalahan distribusi rekam medis adalah sebagai berikut:

a. Kurang Teliti dan terburu – buru

Salah satu faktor yang menyebabkan terjadinya kesalahan pada proses distribusi yaitu petugas yang kurang teliti saat melakukan pemeriksaan tanggal dan poli tujuan tracer yang ada di dalam status rekam medis pasien. Kondisi pasien yang ramai juga dapat memicu petugas bekerja menjadi lebih terburu – buru agar pekerjaan menjadi cepat selesai serta distribusi menjadi lebih cepat. Sebelum dokumen rekam medis diantar ke poli petugas akan mengeluarkan dokumen dari rak lalu menginput ‘Keluar’ nomor rekam medis ke sistem distribusi rekam medis. Setelah itu setiap status rekam medis akan dipilah

lalu diletakkan ke dalam keranjang sesuai dengan poli tujuan masing – masing rekam medis seperti pada gambar 4.11 di bawah ini

b. Tracer lama belum dibuang atau dipisahkan

Berdasarkan hasil pengamatan baik secara langsung maupun secara partisipatif terdapat informasi bahwa sebelum pengantaran dokumen ke poli tepatnya setelah nomor rekam medis diinput ke sistem distribusi rekam medis petugas melakukan kegiatan pemeriksaan kembali pada tracer di dalam status rekam medis untuk memastikan bahwa tanggal pada tracer sudah benar (tanggal berobat pada hari itu) dan untuk memisahkan status ke dalam keranjang masing – masing poli tujuan seperti pada gambar 4.11.



Gambar 4. 11 Peletakan dokumen rekam medis kedalam keranjang sesuai poli tujuan

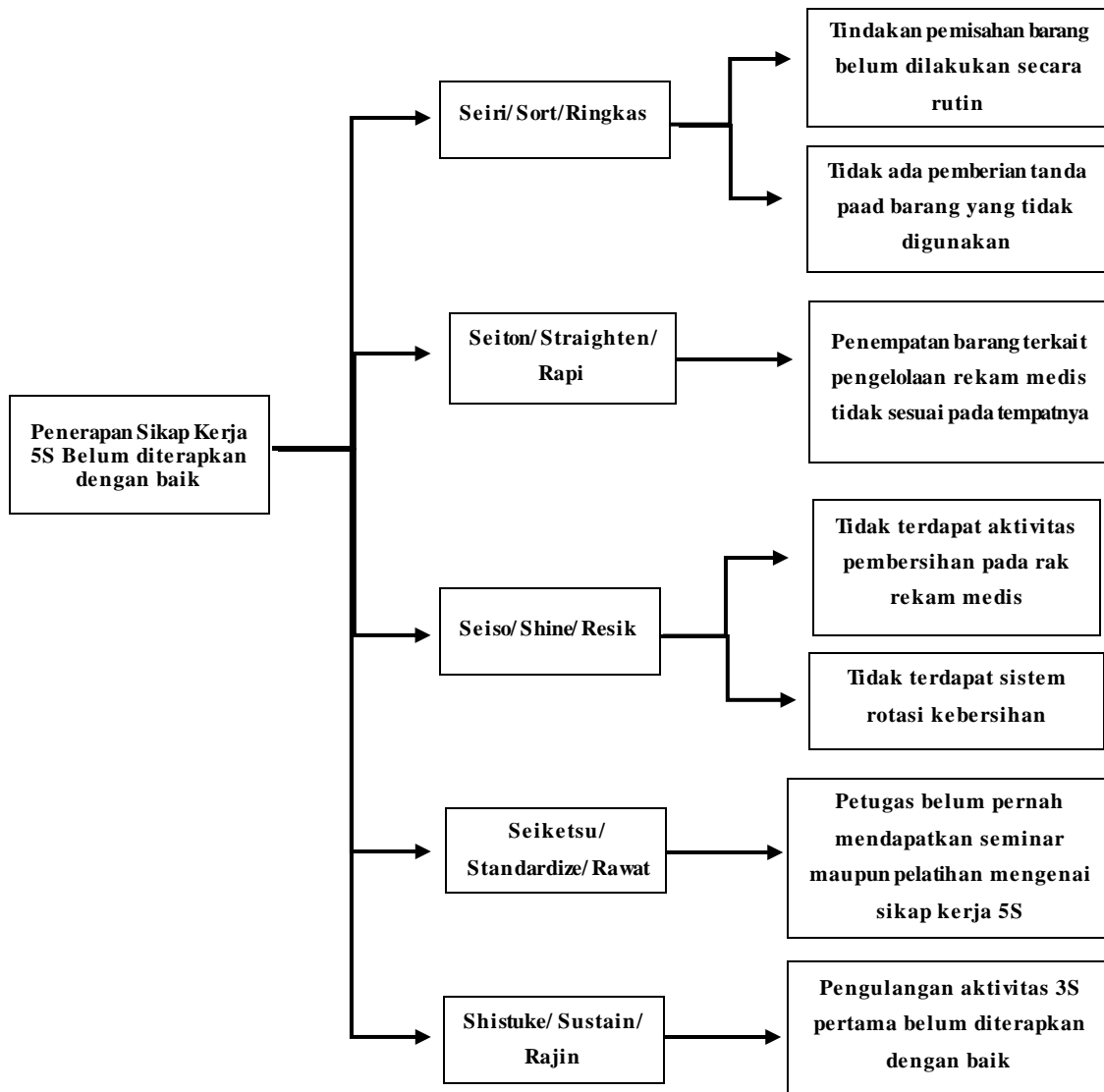
Hasil observasi menunjukkan bahwa petugas tidak rutin untuk memeriksa dan membuang tracer yang sudah tidak terpakai yang ada di dalam status rekam medis pasien. Sehingga hal ini menyebabkan terdapat lebih dari 1 tracer di dalam status rekam medis pasien serta menimbulkan resiko petugas salah membaca tracer atau

petugas terbaca dengan tracer yang lama. Petugas membuang tracer yang sudah tidak dipakai hanya ketika petugas melihat saat melakukan aktivitas pemeriksaan sebelum status rekam medis dipisah ke dalam keranjang poli. Kejadian petugas salah membaca tracer pernah terjadi seperti pada hasil wawancara dengan salah satu petugas berikut ini:

...”terus di bagian distribusi masalahnya salah masuk poli atau salah ngantar ya karena bisa jadi petugas yang salah baca tanggal di tracer karena biasanya dalam dokumen itu ada lebih dari satu tracer, tracer yang lama itu belum dibuang jadi petugas salah ngeliat ya jadinya salah antar poli kalo udah salah antar poli pasien yang nunggu lama di poli karena dokumennya belum nyampai di poli pasien berobat...” (U7)

Menurut kutipan wawancara dengan salah satu petugas bagian penyimpanan diatas dapat disimpulkan bahwa petugas yang tidak rutin melakukan pemeriksaan dan pemilahan terhadap tracer yang sudah tidak digunakan lagi dalam status rekam medis pasien menjadi salah satu faktor terjadinya kesalahan distribusi rekam medis pasien serta dapat menyebabkan waktu tunggu pasien berobat menjadi lama.

B. Penerapan Sikap Kerja 5S pada bagian penyimpanan unit rekam medis



Gambar 4. 12 Diagram Akar penerapan sikap kerja 5S

Menurut hasil observasi Sikap Kerja 5S belum diterapkan secara formal atau belum memiliki standar peraturan untuk pelaksanaannya, namun petugas pada bagian penyimpanan sudah melakukan penerapan sikap kerja 5S secara tidak langsung dalam aktivitas kerja sehari-hari. Diagram akar diatas adalah penjabaran faktor – faktor yang

menyebabkan kurangnya penerapan sikap kerja 5S pada petugas bagian penyimpanan unit rekam medis RSUD Arifin Achmad. Penjabaran faktor dibuat dalam bentuk diagram akar yang dikelompokkan menurut aspek Sikap kerja 5S (*Sort/Seiri, Straighten/Seiton, Shine/Seiso, Standardize/Seiketsu, Sustain/Shitsuke*).

1. Sort/Seiri/ Ringkas (Pemilahan)

Sort/Seiri/ Ringkas (Pemilahan) merupakan salah satu aspek dari sikap kerja 5S yang merujuk pada aktivitas menelusuri area kerja dan melakukan pemilihan antara barang yang dipakai dengan barang yang tidak dipakai. Berdasarkan hasil observasi penerapan aspek Sort/Seiri/Ringkas belum diterapkan dengan baik oleh petugas bagian penyimpanan unit rekam medis. Adapun faktor – faktor yang dinilai pada aspek Sort/Seiri/Ringkas terdiri dari faktor dokumen dan peralatan pengelolaan rekam medis serta faktor alat tulis kantor dan media penyimpanan rekam medis. Hasil penilaian dari kedua faktor tersebut menunjukkan terdapat 2 jenis masalah yang menjadi patokan penerapan aspek Sort/Seiri/Ringkas belum diterapkan dengan baik oleh petugas bagian penyimpanan unit rekam medis. Masalah pertama adalah tindakan pemisahan barang belum dilakukan secara rutin dan masalah kedua adalah tidak ada pemberian tanda pada barang yang tidak digunakan. Berikut adalah penjelasan masing – masing masalah yang menyebabkan kurangnya penerapan aspek pada petugas bagian penyimpanan unit rekam medis.

a. Tindakan pemisahan barang belum dilakukan secara rutin

Hasil observasi dan wawancara mendalam ke beberapa petugas menunjukkan bahwa petugas tidak rutin melakukan kegiatan pemilihan dan pemisahan antara barang yang dipakai dengan barang yang tidak dipakai atau

barang yang sudah rusak. Petugas melakukan pemisahan barang terkait pengelolaan rekam medis seperti status rekam medis in aktif pada rak penyimpanan rekam medis aktif, *outguide*, *tracer*, alat transportasi distribusi dokumen seperti sepeda elektrik hanya ketika barang – barang tersebut rusak dan terlihat oleh petugas. Sesuai dengan hasil wawancara dengan beberapa petugas sebagai berikut:

...” ehm nggak juga sih dek, kalo tenampak aja sama kalo lagi gaada kerjaan udah santai lah gitu ga sibuk lagi baru kakak keluarin dokumen in aktif dari rak aktif...” (U4)

...” Ya.. Kalo abang ngikutin. misal kaya mengganti sampul dokumen ya terus stiker nama di dokumen itu kalo udah rusak abang ganti dengan print stiker nama yang baru terus ada ngeliat dokumen yang nomor rekam medis nya uda ga kebaca lagi itu juga langsung abang ganti, ya tapi itu abang kerjain emang pas lagi keliatan sama abang pas lagi kerja...” (U6)

...” ya kalo abang ga rutin, kalo pas nampak aja dokumen in aktif di rak tu baru abang keluarin dari rak misal pas lagi yari dokumen di rak terus ada jumpa dokumen in aktif ya pas itu baru abang keluarkan dari rak dokumennya...” (U7)

Berdasarkan kutipan hasil wawancara kepada beberapa petugas diatas dapat disimpulkan bahwa petugas melakukan tindakan pemilahan dan pemisahan dokumen

rekam medis in aktif pada rak penyimpanan aktif tidak secara rutin serta dari hasil observasi terdapat informasi bahwa kegiatan pemisahan dan pengeluaran dokumen rekam medis in aktif dari rak penyimpanan aktif (retensi dokumen) dilakukan ketika kondisi rak sudah penuh. Pemeriksaan tracer lama atau yang sudah tidak terpakai lagi juga dilakukan ketika terlihat oleh petugas saat melakukan pemeriksaan dokumen sebelum diantar ke poli. Tindakan pemilihan dan pemisahan antara barang yang di gunakan dengan barang yang tidak digunakan juga tidak rutin dilakukan karena petugas yang tidak sempat melakukan pemilihan barang seperti keterangan yang diberikan oleh koordinator ruangan bagian penyimpanan sebagai berikut:

...” Gak..gak sempat, kan kaya yang udah pernah kakak bilang tenaga kerja kurang, harusnya sih harus ya (rutin)...” (U1)

- b. Tidak ada pemberian tanda pada barang yang tidak digunakan



Gambar 4. 13 Sepeda Elektrik yang tidak terpakai lagi (Lokasi: pintu masuk area rak penyimpanan dokumen rekam medis)

Faktor lainnya terkait aspek Sort/Seiri/Ringkas yaitu tidak adanya pemberian label atau tanda pada barang yang

tidak digunakan. Berdasarkan hasil observasi di dapatkan informasi bahwa barang terkait pengelolaan rekam medis yang rusak tidak diberi tanda maupun dipisahkan melainkan petugas akan memberi tahu kepada koordinator ruangan terkait barang yang rusak. Misalnya sepeda elektrik rusak sehingga petugas terkendala mengantar status rekam medis ke poli. Petugas akan memberi tahu kepada koordinator ruangan, selanjutnya koordinator ruangan menyampaikan ke kepala ruangan sehingga kepala ruangan yang mencari solusi penyelesaian masalah. Ketika kepala ruangan tidak dapat memecahkan masalah maka kepala ruangan akan melapor ke kepala instalasi untuk mencari solusi bersama – sama.

Salah satu contoh barang yang sudah tidak digunakan lagi tanpa ada pemberian tanda/ label untuk menandakan barang agar dapat dipisahkan Seperti pada gambar 4.13. Kondisi pada gambar 4.13 yaitu sepeda elektrik yang sudah tidak dapat digunakan lagi namun diletakkan pada area kerja bagian penyimpanan. Peletakan barang yang tidak terpakai seperti pada gambar diatas dapat menimbulkan resiko mengambil area kerja petugas walaupun tidak banyak namun secara tidak langsung dapat mempengaruhi ketersediaan tempat pada area penyimpanan.

2. *Straighten / Seiton / Rapi (Penataan)*

Straighten / Seiton / Rapi (Penataan) merupakan salah satu aspek dari sikap kerja 5S yang merujuk pada aktivitas menempatkan/ meletak barang sesuai pada area dan tempat serta susunannya, serta cara mengorganisir area tempat kerja. Hasil pengamatan yang dilakukan selama kurang lebih hampir 2 bulan

dari tanggal 02 Juni – 2 Agustus 2022 menunjukkan bahwa aspek *Straighten / Seiton / Rapi* (Penataan) belum diterapkan dengan baik oleh petugas bagian penyimpanan aktif unit rekam medis RSUD Arifin Achmad. Terdapat beberapa masalah terkait aspek penataan yang sering terjadi pada bagian penyimpanan.

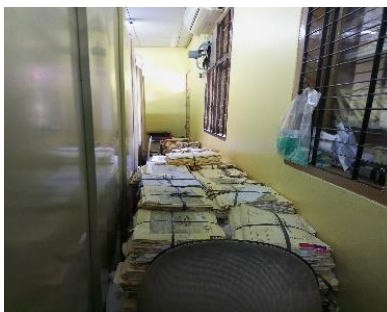
Bagian penyimpanan unit rekam medis RSUD Arifin Achmad provinsi riau terbagi menjadi 2 jenis penyimpanan yaitu penyimpanan rekam medis aktif dan penyimpanan rekam medis in aktif. Sesuai dengan hasil temuan saat observasi bahwa masih banyak dijumpai penempatan dokumen rekam medis yang tidak sesuai dengan tempat seharusnya contoh masih banyak ditemukan dokumen rekam medis berada diluar rak (seperti diatas rak), terdapat barang untuk membantu pengelolaan rekam medis seperti sepeda elektrik yang sudah tidak dapat digunakan masih ada di area penyimpanan dan outguide yang belum di keluarkan ketika status rekam medis sudah di kembalikan ke rak, dokumen rekam medis in aktif berada pada area penyimpanan rekam medis aktif serta cukup banyak dokumen rekam medis aktif yang terletak di luar rak (baik di lantai maupun di atas rak) seperti pada gambar di bawah ini.



Gambar 4. 15 Kondisi Penyimpanan Dokumen aktif pada area belakang penyimpanan aktif



Gambar 4. 14 Kondisi Peletakan Dokumen In aktif pada area distribusi rekam medis



Gambar 4. 16 Kondisi tumpukan dokumen rekam medis in aktif di belakang rak penyimpanan aktif

Terlihat pada gambar 4.14, 4.15 dan 4.16 bahwa penempatan status rekam medis in aktif (Tumpukan dokumen rekam medis yang berwarna krem) banyak yang terletak pada area penyimpanan dokumen aktif. Berdasarkan hasil wawancara dengan koordinator ruangan didapatkan informasi bahwa penempatan dokumen di luar rak serta tumpukan dokumen rekam medis in aktif berada pada area penyimpanan in aktif dilakukan karena kekurangan fasilitas penyimpanan seperti rak, selain itu kondisi rak yang sudah penuh menjadi faktor penyebab utama dokumen rekam medis aktif berada di luar rak, seperti pernyataan yang disampaikan dari beberapa petugas dan koordinator ruangan saat dilakukan wawancara secara mendalam sebagai berikut:

...."Fasilitas di bagian penyimpanan nih terutama penyimpanan aktif itu juga kurang menurut abang. kaya ini banyak adek liat dokumen kita di luar kan, ha itu juga karena rak lagi penuh gaada tempat lagi kan mau nara ya terpaksa la di taro di luar dulu ntah itu di lantai ato ndak di atas rak ni..."(U3)

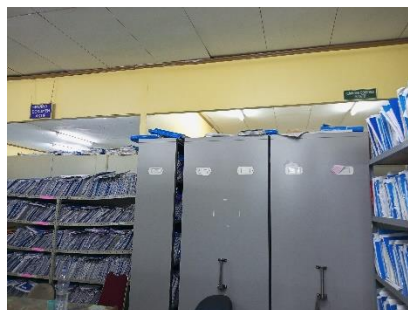
...." Ya.. Paling dokumennya kakak taro di lantai nanti disusun tu bejejer terus ada juga yang kakak taro di

atas rak itu biasanya status pasien yang memang sering di pake, karena gaada tempat lagi kan jadi taro di atas rak aja, kalo mau nambah rak pun ga bisa juga karena liat aja kondisi ruangan kita ni gimana, nambah satu rak tu aja uda gaada tempat lagi makanya cara terakhir nya ya gitu lah lagi di taro luar lagi, tapi biasanya kalo petugas disini udah ngerapiin rak mereka masing - masing kan ha itu nanti barula ada tempat kosong kita masukkan lagi dokumen yang di luar ni ke dalam rak jadi berkurang juga ga yang diluar ni...” (U1)

Kondisi lainnya yang menyebabkan penempatan dokumen in aktif berada pada area penyimpanan aktif adalah disebabkan oleh kendala pada proses pemusnahan dokumen sehingga banyak tumpukan dokumen rekam medis in aktif yang belum bisa dimusnahkan diletak pada bagian penyimpanan terlebih dulu. Sesuai dengan informasi yang disampaikan oleh koordinator bagian penyimpanan in aktif sebagai berikut:

...”Jadi kalo udah 10 tahun masa dokumen rekam medis itu ga ada berobat lagi pasiennya baru bisa, misalnya sekarang 2022 berarti 2012 kebawah baru bisa dimusnahkan..ee..karena kita prosesnya itu harus ke arsip dulu ke apa dulu...makanya itu yang bikin lama proses pemusnahannya..sekarang udah ada peraturan mengenai pemusnahan arsip kalo dulu kan gaada. Itu juga karena kita belum JRA atau jadwal retensi arsip,kalo peraturan arsip secara nasional nya 10 tahun baru bisa dimusnahkan kalo dari rumah sakit itu 5 tahun udah boleh dimusnahkan itupun lembarannya juga ga boleh sembarangan untuk dimusnahkan kaya lembaran resume

medis itu ada lagi aturannya, jadi hitungan sebelum pemusnahan itu 5 tahun di penyimpanan aktif setelah itu 2 tahun di kita in aktif...” (U2)



Gambar 4. 17 Perbatasan area penyimpanan rekam medis aktif & penyimpanan rekam medis in aktif

Gambar 4.17 menunjukkan perbatasan antara area penyimpanan dokumen rekam medis aktif dengan area penyimpanan dokumen rekam medis in aktif.

3. *Shine/ Seiso/ Resik*

Aspek *Shine/ Seiso/ resik* merupakan aspek dari sikap kerja 5S yang merujuk pada aktivitas pemeliharaan kebersihan area kerja. Hasil observasi menunjukkan bahwa penerapan aspek *Shine/ Seiso/ resik* pada petugas bagian penyimpanan unit rekam medis belum diterapkan dengan baik. Terdapat 4 aspek yang digunakan untuk menjadi tolak ukur dalam menilai kebersihan pada bagian penyimpanan unit rekam medis yaitu aspek peralatan kebersihan, tanggung jawab kebersihan, APD petugas (masker, handrub, dll) serta perawatan fasilitas bagian penyimpanan unit rekam medis. Berikut adalah kondisi kebersihan pada bagian penyimpanan rekam medis (aktif dan in aktif).



Gambar 4.18 Kondisi Kebersihan area kerja bagian penyimpanan aktif (Lokasi: Area Distribusi rekam medis)



Gambar 4.19 Kondisi Kebersihan area kerja bagian penyimpanan in aktif

Terlihat pada gambar 4.18 dan gambar 4.19 perbedaan kondisi kebersihan pada area kerja di bagian penyimpanan aktif dan penyimpanan in aktif. Kondisi perbedaan ini disebabkan salah satunya oleh jenis aktivitas kerja petugas. Petugas pada bagian penyimpanan aktif memiliki aktivitas kerja yang lebih berhubungan dengan pelayanan pasien sementara aktivitas petugas pada bagian penyimpanan in aktif memiliki aktivitas kerja yang lebih mengarah pada pengelolaan dokumen. Sehingga kondisi kebersihan pada penyimpanan aktif bergantung pada aktivitas petugas yang lebih berorientasi untuk menyediakan dokumen ke poli atau ruang rawat. Hasil observasi menunjukkan bahwa aspek dengan tingkat pelaksanaan yang paling rendah adalah aspek tanggung jawab kebersihan dan perawatan pada fasilitas bagian penyimpanan. Berikut adalah penjabaran 2 aspek tersebut:

- a. Tidak terdapat aktivitas pembersihan pada rak rekam medis

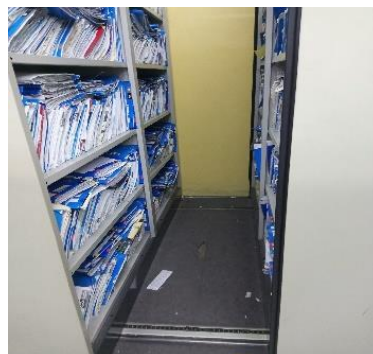
Berdasarkan hasil observasi dan wawancara kepada petugas bagian penyimpanan terdapat informasi bahwa petugas kebersihan hanya melakukan kebersihan pada area kerja seperti lantai. Sementara untuk kebersihan rak merupakan tanggung jawab masing – masing petugas yang

bertugas memegang rak. Seperti pada hasil wawancara dengan salah satu petugas berikut ini:

...” ehm..kalo menurut abang kebersihannya kurang sih masih banyak debu di rak terus sampah ya bisa adek liat lah ya sampah - sampah bekas tracer itu kadang kami itu mau cepet atau ada juga terjatuh di lantai jadi nunggu cs bersihin aja, terus disini juga ada banyak tikus sih. abang berapa kali ngeliat tikus dekat sela-sela bawah rak ni...” (U3)

Cara petugas dalam menjaga kebersihan area kerja adalah dengan membuang sampah pada tempatnya. Misalnya jika melihat sampah *tracer* yang terjatuh di lantai petugas membuang sampah *tracer* tersebut ke tempat sampah sesuai dengan hasil wawancara kepada salah satu petugas sebagai berikut:

...” ohh kalo itu iyalah, kalo abang nampak tracer yang ndak dipake ya abang buang langsung ke tempat sampah. Paling kalo jaga kebersihan ya gitu aja ga buang sampah sembarangan buang di tempatnya...” (U3)



Gambar 4. 20 Kondisi Kebersihan pada sela – sela rak penyimpanan

b. Tidak terdapat sistem rotasi kebersihan

Berdasarkan hasil wawancara dengan beberapa petugas terdapat informasi bahwa tidak ada sistem rotasi petugas kebersihan. Petugas yang bertugas membersihkan area penyimpanan adalah petugas yang sama dengan petugas yang membersihkan seluruh ruangan unit rekam medis (dari pengolahan data hingga ke bagian ACI). Petugas yang membersihkan area penyimpanan merupakan petugas yang bekerja sebagai petugas kebersihan sekaligus petugas pada bagian pendaftaran pasien. Petugas membersihkan ruangan bagian penyimpanan sebanyak 2 kali dalam sehari yaitu pagi sebelum petugas bagian penyimpanan masuk jam 07.30 dan sore setelah selesai aktivitas pelayanan pasien.

...”ya..ikut sih buang sampah di tempatnya, kalo jaga kebersihan area kerja paling kaya gitu aja selebihnya itu bisanya ada cs yang bantu bersihkan...” (U4)

4. *Standardize/ Seiketsu/ Rawat*

Standardize/ Seiketsu/ Rawat merupakan bagian dari sikap kerja 5S yang merujuk pada aktivitas mengembangkan area kerja menjadi lebih terorganisir dengan menerapkan aspek 3S pertama (*Sort, Straighten, dan Shine*) dengan baik. Penilaian aspek *Standardize* pada lembar observasi dilakukan dengan melihat dan menganalisis 3 aspek yang dapat mempengaruhi penerapan aspek *Standardize* yaitu menjaga sikap 5S, semangat dan pemahaman 5S serta pengaruh lingkungan. Hasil observasi menunjukkan bahwa petugas pada bagian penyimpanan unit rekam medis belum pernah mendapatkan pelatihan maupun seminar atau webinar mengenai

sikap kerja 5S. Berdasarkan hasil wawancara ke beberapa petugas terdapat informasi bahwa pernah ada pengarahan mengenai sikap kerja 5S saat penempelan poster sikap kerja 5S di bagian penyimpanan yang dilakukan oleh petugas dari bagian mutu rumah sakit, namun pengarahan yang diberikan belum dilakukan secara merata ke seluruh petugas. Terdapat informasi terkait pengarahan sikap kerja 5S bahwa hanya 1 orang yang pernah mendapatkan pengarahan mengenai sikap kerja 5S namun itu hanya sekali dan sudah terjadi sejak lebih dari 5 tahun yang lalu. Rata – rata petugas bagian penyimpanan saat ini (termasuk koordinator ruangan) belum pernah mendapatkan pengarahan mengenai penerapan sikap kerja 5S. Seperti informasi yang didapatkan dari hasil wawancara dengan koordinator ruangan bagian penyimpanan (U1) dan kepala ruangan unit rekam medis (K1):

...“ Ga ada ga pernah, kalo pelatihan ndak tau kakak kayanya sejak kakak disini pelatihannya kaya kebakaran, BHD, kalo yang lain paling ga sesuai dengan bidang misal pelatihan mengenai penyimpanan rekam medis...” (U1)

...”...kalo pelatihan tentang sikap kerja 5S itu emang gaada, pelatihan yang ada itu biasanya kaya kebakaran, BHD, sama cuci tangan, kalo yang khusus untuk rekam medis ada juga pernah diadakan sama rumah sakit contoh kaya kemarin itu pelatihan khusus untuk bagian koding tapi itu emang dari kemenkes langsung yang ngadain jadi rumah sakit ngirim petugas yang ikut pelatihan aja lagi, tapi semenjak covid jarang ada pelatihan karena pelatihan itukan dananya dari rumah sakit ya beda dengan seminar atau webinar itu

dana pribadi, kalo pelatihan khusus untuk penyimpanan itu emang gaada palingan ya yang umum itu aja kaya kebakaran, bhd sama cuci tangan tadi...” (K1)

5. Sustain/ Shitsuke/ Rajin

Sustain/ Shitsuke/ Rajin merupakan aspek terakhir dari sikap kerja 5S yang merujuk pada pengulangan aktivitas 3S pertama dengan menjadikannya sebagai sebuah kebiasaan. Terdapat yang menjadi penilaian 3 aspek yang dijadikan penilaian untuk *Sustain/ Shitsuke/ Rajin*. Hasil observasi dan wawancara menunjukkan bahwa aspek pengulangan aktivitas 3S pertama belum diterapkan dengan baik. Masalah – masalah yang sering terjadi terkait aktivitas petugas pada bagian penyimpanan seperti salah susun, tidak ada pemilahan antara barang yang diperlukan dengan yang tidak diperlukan, penempatan dokumen rekam medis yang tidak sesuai dengan areanya hingga masalah – masalah terkait kebersihan area kerja petugas. Sehingga hal ini menunjukkan bahwa petugas penyimpanan belum menjadikan aktivitas 3S pertama menjadi sebuah kebiasaan. Hal ini juga dipengaruhi oleh beberapa faktor seperti tidak adanya pelatihan atau pengarahan mengenai sikap kerja 5S kepada petugas dan kondisi belum adanya standar peraturan yang mengatur khusus mengenai sikap kerja 5S. Berdasarkan hasil wawancara terhadap kepala ruangan unit rekam medis terdapat informasi bahwa unit rekam medis belum pernah menerapkan sikap kerja 5S secara standar formal seperti pada kutipan wawancara berikut:

...”penerapan 5S itu kalo secara standar peraturannya ya emang gaada tapi kalo pelaksanannya itu udah kami lakukan, kami juga gapaham apa bahasa 5S itu

tapi kalo tindakannya ya memang sudah di terapkan disini...” (K1)

C. Produktivitas petugas bagian penyimpanan unit rekam medis

Menurut data kunjungan pasien ke unit rekam medis RSUD Arifin Achmad dalam kurun waktu 2 bulan (Mei – Juni 2022) jumlah rata – rata kunjungan pasien tertinggi berasal dari pasien instalasi rawat jalan dengan jumlah 15.265 pengunjung, kemudian disusul dengan kunjungan dari instalasi rawat darurat dengan jumlah 2.556 pengunjung dan yang terakhir berasal dari rawat inap yaitu 1.752 pengunjung. Sehingga jika dihitung menurut jumlah kunjungan per hari maka didapatkan data sebagai berikut:

- a. Kunjungan per hari dari rawat jalan: 509 pengunjung
- b. Kunjungan per hari dari rawat inap: 58 pengunjung
- c. Kunjungan per hari dari rawat darurat: 86 pengunjung

Dapat dilihat bahwa dengan jumlah kunjungan diatas dapat berpengaruh terhadap produktivitas petugas bagian penyimpanan unit rekam medis. Jumlah jam kerja secara rata – rata untuk shift pagi adalah 8 jam 42 menit sementara secara keseluruhan (Gabungan rata – rata jam kerja shift pagi, sore dan malam) adalah 8 jam 44 menit. Berdasarkan data jumlah distribusi rekam medis pada bagian penyimpanan dari bulan januari – juni 2022 khusus untuk bagian instalasi rawat jalan menunjukkan bahwa rata – rata pengerjaan dokumen rekam medis dalam sehari memiliki jumlah 329 dokumen atau status. Pengerjaan dokumen rekam medis dalam sehari dengan jumlah petugas bagian penyimpanan saat ini yaitu 16 orang yang dibagi untuk menjadi 3 shift (dari 16 orang di bagi untuk bertugas pada shift pagi, shift sore dan shift malam).

1. Faktor – faktor yang mempengaruhi produktivitas petugas

Berdasarkan hasil wawancara kepada beberapa petugas dan dari hasil observasi terkait produktivitas petugas didapatkan informasi bahwa dari segi faktor personal masih terdapat masalah terutama pada aspek pelatihan maupun terkait seminar/ webinar. Menurut keterangan dari koordinator ruangan belum pernah ada pelatihan yang diberikan khusus untuk petugas bagian penyimpanan unit rekam medis. Hal ini sesuai dengan informasi yang didapatkan dari hasil wawancara dengan kepala ruangan rekam medis bahwa untuk pelatihan semenjak Covid rumah sakit jarang mengadakan pelatihan dikarenakan masalah penganggaran dana atau biaya untuk mengadakan pelatihan.

...”kalo untuk pelatihan sebenarnya semenjak covid ini kita jarang ada pelatihan apalagi kalo yang khusus untuk rekam medis itu memang jarang tapi kemaren itu sempat ada pelatihan mengenai rekam medis khusus untuk petugas koding, nah kaya yang kemaren itu kemenkes yang ngadain jadi rumah sakit ngirim petugas aja lagi...” (K1)

Pelatihan yang pernah diikuti oleh rata – rata petugas bagian penyimpanan adalah pelatihan dasar seperti BHD (Bantuan Hidup Dasar), Kebakaran serta cuci tangan. Masalah berikutnya yang dapat mempengaruhi produktivitas petugas adalah masalah terkait faktor Sistem (Prosedur yang diterapkan rumah sakit). Terdapat informasi dari hasil wawancara terhadap beberapa petugas bagian penyimpanan bahwa masih banyak petugas yang datang terlambat dan tidak sesuai dengan standar peraturan yang di terapkan oleh rumah sakit seperti keterangan dari salah satu petugas berikut:

...”ee.. Kalo masalah peraturan itu saya pernah sekali ditegur karena datang terlambat tapi ditegur secara halus dan ga pernah sampai dapat surat teguran dari atasan...”

(U5)

Berdasarkan hasil wawancara dengan koordinator ruangan mengikuti standar peraturan yang berlaku di rumah sakit mengenai ketidakhadiran petugas dengan alasan izin jika izin tidak masuk kerja tanpa menggunakan surat izin maksimal petugas boleh tidak masuk kerja 1 hari sementara jika petugas izin dengan menggunakan surat (izin dengan alasan tertentu misalnya sakit, kemalangan, dan lain-lain) maka waktu tidak masuk bekerja akan disesuaikan dengan kondisi yang tertera pada surat dan atas konfirmasi izin dari atasan. Faktor yang dapat mempengaruhi produktivitas petugas selanjutnya adalah faktor kepemimpinan. Salah satu aspek yang digunakan untuk menilai faktor kepemimpinan adalah aspek motivasi atau dorongan yang diberikan oleh pemimpin (Kepala instalasi, kepala ruangan serta koordinator ruangan). Hasil observasi dan wawancara ke beberapa petugas dan koordinator ruangan bagian penyimpanan menunjukkan bahwa belum ada sistem atau peraturan secara khusus yang mengatur mengenai pemberian *reward* kepada petugas dengan kinerja terbaik. Menurut keterangan dari kepala ruangan unit rekam medis mengenai apabila ada pembaruan maupun perubahan peraturan terkait kinerja petugas akan diinformasikan melalui surat edaran.

Berdasarkan keterangan yang disampaikan oleh kepala ruangan terdapat informasi bahwa RSUD Arifin Achmad memiliki standar peraturan mengenai pemberian upah atau bayaran tambahan (diluar gaji pokok petugas) yang diperuntukkan kepada seluruh karyawan

(terutama PNS dan THL) berupa uang tunjangan. Pemberian *reward* kepada petugas kinerja terbaik belum pernah dilakukan pada bagian penyimpanan unit rekam medis. Koordinator ruangan dan kepala ruangan rekam medis memberikan motivasi kepada petugas secara komunikasi langsung. Berdasarkan informasi dari petugas dan koordinator ruangan penyimpanan unit rekam medis, sistem pemberian *reward* sedang dalam tahap perencanaan untuk diterapkan pada bagian penyimpanan unit rekam medis. Pemberian *reward* direncanakan dalam bentuk uang dan sumber dana berasal dari dana pribadi koordinator ruangan. Faktor berikutnya yang mempengaruhi produktivitas petugas adalah sistem penilaian kinerja petugas. Menurut keterangan yang disampaikan oleh kepala ruangan unit rekam medis, penilaian kinerja petugas menggunakan IKI (Indikator Kinerja Individu). Penilaian kinerja dilakukan secara rutin, selain itu penilaian kinerja sangat berpengaruh terhadap pemberian upah (gaji pokok maupun tunjangan) kepada petugas. Berikut adalah kutipan wawancara dengan kepala ruangan unit rekam medis:

...“ya kalo penilaian kinerja kita rutin, yang namanya rumah sakit pemerintah penilaian kinerja itu wajib karena itu pengaruhnya kan nanti ke tunjangan karyawan atau biasa itu namanya uang jasa pelayanan...” (K1)

4.1.4 Improve

Pada tahap *Measure* di hasilkan 3 prioritas masalah yaitu salah susun (RPN: 147), keterlambatan pengembalian rekam medis (RPN: 112) dan kesalahan dalam pendistribusian rekam medis (RPN: 70). Tahap *Improve* merupakan tahap dalam *Six Sigma* yang berfungsi sebagai tahap perbaikan masalah dan mengembangkan solusi untuk memecahkan masalah yang ada. Rancangan strategi perbaikan dibuat menggunakan metode 5W + 2H

untuk menyusun rencana tindakan perbaikan terhadap 3 prioritas masalah pada bagian penyimpanan unit rekam medis RSUD Arifin Achmad provinsi riau. Berikut adalah penjabarannya:

Tabel 4. 9 Metode 5W + 2H Penyusunan Rencana Tindakan

Jenis	5W + 2H	Deskripsi	Tindakan
Tujuan Utama	<i>What</i> (apa)?	Apa yang menjadi target utama dari perbaikan?	Meningkatkan Sikap kerja 5S dan produktivitas petugas bagian penyimpanan unit rekam medis
Alasan Kegunaan	<i>Why</i> (mengapa)?	Mengapa rencana tindakan diperlukan?	Tindakan perbaikan ini berguna untuk membantu pekerjaan petugas (aktivitas pengelolaan rekam medis di bagian penyimpanan) menjadi lebih mudah serta membantu untuk menciptakan area kerja yang bersifat kondusif
Lokasi	<i>Where</i> (dimana)?	Di mana rencana tindakan itu akan dilaksanakan? Apakah aktivitas itu harus dikerjakan disana?	Tindakan perbaikan dilakukan pada Bagian penyimpanan unit rekam medis untuk menjadi solusi pemecahan 3 prioritas masalah pada bagian penyimpanan
Waktu	<i>When</i> (kapan)?	Kapan aktivitas rencana tindakan paling tepat untuk dilaksanakan? Apakah aktivitas itu dapat dikerjakan kemudian?	Tindakan dilakukan saat petugas melakukan aktivitas pengelolaan rekam medis (terkait penyusunan dokumen rekam medis di rak, sistem pengembalian dokumen rekam medis dan sistem distribusi dokumen rekam medis), rencana tindakan dapat digunakan dalam jangka waktu yang panjang
Orang	<i>Who</i> (siapa)?	Siapa yang akan mengerjakan aktivitas rencana tindakan itu? Apakah ada orang lain yang dapat mengerjakan aktivitas rencana tindakan tersebut? Mengapa harus orang itu yang ditunjuk untuk mengerjakan aktivitas itu?	Pihak yang menjadi objek pertama dalam pelaksanaan rencana tindakan ini adalah kepala ruangan dan koordinator bagian penyimpanan unit rekam medis. Pelaksanaan rencana tindakan akan dilakukan oleh seluruh petugas bagian penyimpanan unit rekam medis. Penyampaian pelaksanaan tindakan mengikuti kondisi (kondisi: pengusulan perbaikan masalah) dan sistem yang biasa digunakan pada unit rekam medis RSUD Arifin

			Achmad yaitu melalui sistem komunikasi berjenjang berupa bawah ke atas (sistem ini mengikuti kondisi) koordinator ruangan ke kepala ruangan sehingga hal ini dapat membantu memperkuat formalitas rencana tindakan yang akan dilakukan.
Metode	<i>How</i> (bagaimana)?	Bagaimana mengerjakan aktivitas rencana tindakan itu?	Pelaksanaan rencana tindakan memerlukan 4 komponen utama yaitu waktu, kerja sama antar petugas, komunikasi dan koordinasi, serta pengawasan dan perbaikan berkelanjutan.
Biaya/ Manfaat	<i>How much</i> (berapa)?	Berapa biaya yang dikeluarkan untuk melaksanakan aktivitas rencana tindakan itu? Apakah akan memberikan dampak positif pada pendapatan dan biaya (meningkatkan efektivitas dan efisiensi) setelah melaksanakan rencana tindakan itu?	Penerapan aktivitas rencana tindakan ini tidak membutuhkan banyak biaya sebab rencana aktivitas tindakan dibuat dalam bentuk pembuatan jadwal rutinitas kegiatan petugas serta komponen utama yang terlibat berupa waktu pengerjaan, kerjasama antar petugas, komunikasi dan koordinasi serta standar peraturan yang ada. Pelaksanaan rencana tindakan dengan maksimal akan memberikan dampak positif pada pekerjaan pengelolaan rekam medis pada bagian penyimpanan. Rencana tindakan dapat dijadikan panduan untuk aktivitas kerja petugas agar menjadi lebih terstrukturisasi.

Berdasarkan rancangan perbaikan pada tabel 4.9 diatas, Pelaksanaan rencana tindakan dapat dilakukan dengan cara :

- 1) Memberikan pengarahan mengenai cara penerapan sikap kerja 5S kepada petugas unit rekam medis terutama pada bagian penyimpanan

- 2) Mengatur kembali cara penyusunan dokumen rekam medis di rak agar disusun secara tegak dan sejajar sesuai dengan standar pengurutan sistem nomor rekam medis di rumah sakit serta meningkatkan cara pengorganisasian barang peralatan kerja seperti pada gambar dibawah ini



Gambar 4. 21 Contoh penyusunan dokumen di rak dengan baik dan rapi (Grabau, 2016)



Gambar 4. 22 Contoh pengorganisasian peralatan kerja dengan baik (Grabau, 2016)

- 3) Mengembangkan manajemen visual di area kerja dengan membuat jadwal pemeriksaan penyusunan dokumen rekam medis di rak dan menentukan rotasi petugas yang melakukan kegiatan pemeriksaan (contohnya: jadwal kerja petugas untuk shift pagi adalah dari hari senin – jumat, sehingga pada hari sabtu dan minggu kegiatan pemeriksaan ini dapat dilakukan oleh petugas yang bertugas pada hari itu.)
- 4) Mengembangkan komunikasi dua arah secara aktif terhadap setiap pihak terkait
- 5) Membuat list faktor – faktor yang memicu keterlambatan pengembalian rekam medis serta lakukan analisis dan evaluasi dari kejadian sebelumnya
- 6) Meningkatkan tahap kontrol dan pengawasan, salah satu cara yang dapat digunakan adalah dengan membuat lembar checklist untuk pelaksanaan setiap kegiatan

4.1.5 Control

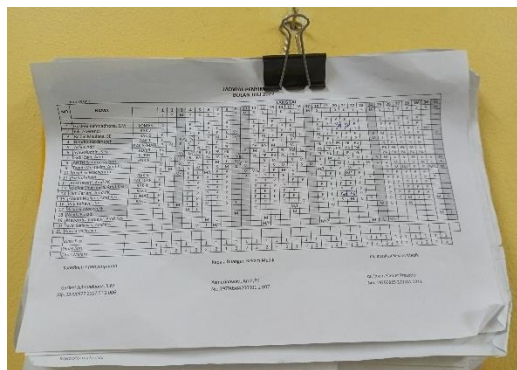
Pengaplikasian pelaksanaan rencana tindakan perbaikan pada tabel diatas dapat dilakukan dengan menggunakan cara membuat lembar *Checklist* untuk menilai pelaksanaan dari tindakan perbaikan:

Tabel 4. 10 Checklist Tahapan Control

<i>Checklist Tahapan Control</i>			
No	Pernyataan	Ya	Tidak
	Untuk <i>project</i> ini kami telah:		
1.	Membuat rekap catatan waktu pengembalian dokumen rekam medis dari poli/ ruang rawat		
2.	Membuat jadwal pemeriksaan dokumen rekam medis di rak		
3.	Melakukan Pemeriksaan terhadap penyusunan dokumen rekam medis dan <i>tracer</i> lama yang ada di dalam dokumen rekam medis		
4.	Menyusun Lembar Kontrol proses serta mengembangkan tahap kontrol secara bersama		
5.	Membuat catatan evaluasi isu masalah yang tidak dapat ditangani tim petugas bagian penyimpanan kepada kepala ruangan		
	<i>*Selanjutnya dapat disesuaikan dengan kondisi dan sistem kebijakan pelayanan terkait..</i>		

Pembuatan lembar *checklist* diatas dibuat setelah membuat lembar perencanaan proses kontrol kegiatan. Rincian lebih lanjut untuk pembuatan lembar perencanaan proses kontrol kegiatan terdapat pada lampiran 16. Lembar perencanaan kontrol merupakan rencana pengendalian input proses untuk memastikan tercapainya output sesuai dengan kinerja yang diinginkan. Adapun perangkat yang digunakan sebagai pemantauan proses untuk mendukung terlaksananya usulan perbaikan adalah *Process Management Summary* yang merupakan salah satu aspek *control plan* dalam *Six Sigma*. Tabel *Process Control Plan* pada lampiran 16 digunakan untuk memberikan gambaran secara komprehensif mengenai semua input, output dan aktivitas dalam suatu proses. Beberapa aspek yang ditampilkan pada tabel *Process Control Plan* seperti aspek langkah proses, CTQ (*Critical To Quality*), Input/ output, *Requirement/* persyaratan, Indikator, Metode, Sampel/ ukuran, Frekuensi, PIC/ *Person In Charge*, serta SOP/

Standar Operasional Prosedur. Lembar *Checklist* diatas merupakan usulan perancangan tahap kontrol dan evaluasi yang dapat digunakan oleh koordinator ruangan untuk mengatur pelaksanaan perencanaan aktivitas perbaikan pada bagian penyimpanan unit rekam medis. Poin pernyataan nomor 1, 4 dan 6 dapat diberikan keterangan di samping kolom cheklist ya dan tidak. Keterangan yang diberikan dapat berupa berapa kali pelaksanaannya, jenis masalah apa yang tidak bisa ditangani (dibuat dalam bentuk *list/* daftar) kemudian bagaimana metode pelaksanaannya secara singkat dan jelas. Pembuatan tabel *cheklist* diatas tidak memerlukan waktu yang lama. Pada pernyataan nomor 3 dapat dibantu setelah membuat jadwal pemeriksaan penyusunan berkas di rak dilakukan dengan menandai kolom jadwal dengan menulis keterangan ‘selesai/sudah dilakukan’ oleh petugas. Sehingga koordinator ruangan akan lebih mudah untuk memeriksa pengawasan terhadap perbaikan kinerja petugas. Pembuatan jadwal pemeriksaan dokumen rekam medis di rak dapat dilakukan dengan cara yang sama seperti pembuatan jadwal *shift* kerja yang telah dilakukan seperti pada gambar dibawah ini:



Gambar 4. 23 Jadwal shift kerja petugas bagian penyimpanan unit rekam medis

Seperti pada gambar diatas pembuatan jadwal pemeriksaan dokumen rekam medis dapat dilakukan dengan cara yang sama namun akan lebih baik jika dibuat dalam ukuran yang lebih besar agar mudah dilihat oleh

petugas. Media untuk pembuatan jadwal disarankan menggunakan media seperti karton yang dapat dilapisi dengan plastik serta di tempel atau di paku di dinding. Perancangan solusi aktivitas perbaikan masalah dan kontrol untuk bagian penyimpanan unit rekam medis dilakukan atas dasar pertimbangan hasil wawancara dan observasi. Berdasarkan hasil pengamatan, setiap sore mulai pukul 15.00 lewat koordinator ruangan membuat laporan terkait kinerja petugas (seperti jumlah distribusi rekam medis per hari). Terdapat informasi dari hasil wawancara dan observasi bahwa tahap kontrol kinerja petugas pada bagian penyimpanan unit rekam medis belum dilakukan secara maksimal.

4.2 Pembahasan

4.2.1 Interpretasi dan Diskusi Hasil

Terdapat 3 prioritas masalah pada bagian penyimpanan unit rekam medis yang berhubungan secara langsung dengan penerapan aspek 5S yaitu aspek *Sort*, *Straighten*, serta *sustain*. Selain 3 prioritas masalah tersebut terdapat banyak masalah lainnya pada bagian penyimpanan yang dapat digolongkan ke dalam setiap aspek 5S. Penerapan sikap kerja 5S memiliki hubungan terhadap hasil kinerja petugas contohnya seperti tidak ada pemilihan antara barang yang dipakai dengan yang tidak dipakai (aspek *sort*) dimana hal ini memberikan dampak berupa kondisi rak penuh, masih ada barang yang tidak digunakan di area kerja yang dapat memakan tempat, serta masalah – masalah lainnya seperti masalah kebersihan area kerja dan masalah penempatan dokumen rekam medis. Faktor lingkungan pada aspek *Standardize/Seiketsu* memiliki masalah berupa kondisi fasilitas pendingin ruangan yang rusak sehingga mengakibatkan suhu ruangan menjadi agak panas dan mengganggu kenyamanan kerja petugas bagian penyimpanan, selain itu ruangan

penyimpanan rekam medis tidak memiliki ventilasi untuk sirkulasi udara (terutama pada area penyimpanan aktif) Berikut adalah pengelompokan 3 prioritas masalah berdasarkan aspek Sikap kerja 5S dan produktivitas petugas.

Tabel 4. 11 Masalah pada bagian penyimpanan dan hubungannya dengan sikap kerja 5S dan produktivitas petugas

No	Masalah	Sikap Kerja 5S	Jenis waste	Produktivitas Petugas
1.	Salah susun	Aspek <i>Straighten/Seiton</i> dan Aspek <i>Standardize/Seiketsu</i>	Orang/ <i>People</i>	Faktor Personal dan Faktor sistem
2.	Keterlambatan pengembalian dokumen rekam medis	Aspek <i>Sustain/Shitsuke</i>	<i>Delay</i>	Faktor Personal dan Faktor Sistem
3.	Kesalahan pendistribusian dokumen rekam medis ke poli	Aspek <i>Sort/Seiri</i> dan Aspek <i>Sustain/Shitsuke</i>	Orang/ <i>People</i>	Faktor Personal

A. Hubungan penerapan Sikap Kerja 5S terhadap produktivitas petugas

Tabel 4.11 menunjukkan hubungan antara jenis masalah penggolongan aspek sikap kerja 5S dengan faktor – faktor produktivitas petugas. Masalah poin pertama yaitu salah susun tergolong ke dalam jenis aspek *Straighten/Seiton*. Aspek ini memiliki penekanan bagaimana mengorganisir tempat kerja agar menjadi lebih rapi. Masalah salah susun yang dijumpai pada bagian penyimpanan unit rekam medis RSUD Arifin Achmad menunjukkan bahwa masih terdapat kekurangan pada aspek *Straighten/Seiton* yang disebabkan oleh faktor personal (salah satu faktor yang mempengaruhi produktivitas petugas). dampak yang ditimbulkan dari salah susun adalah petugas menjadi kesulitan ketika mencari dokumen rekam medis dan harus memeriksa satu – satu hingga dokumen rekam medis ditemukan.

Aspek berikutnya yang berkaitan dengan terjadinya masalah salah susun adalah Aspek *Standardize/Seiketsu*. Pada aspek *Standardize/Seiketsu* faktor yang menyebabkan terjadinya kesalahan dalam penyusunan dokumen rekam medis di rak adalah petugas yang belum pernah mendapatkan pelatihan maupun pengarahan mengenai penerapan sikap kerja 5S. Pengarahan hanya dilakukan sekali dan hanya kepada orang tertentu/ tidak secara menyeluruh (seperti yang sudah dijelaskan pada tahap *Analyze*). Faktor penyebab kurangnya penerapan aspek *Standardize/Seiketsu* adalah faktor personal dan faktor sistem.

Pada masalah poin kedua yaitu keterlambatan pengembalian dokumen rekam medis ke bagian penyimpanan tergolong ke dalam penerapan aspek *Sustain/ Shitsuke* yaitu berkaitan dengan tahap pengulangan keseluruhan sikap kerja 5S serta menjadikannya sebagai kebiasaan. Keterlambatan pengembalian disebabkan oleh faktor sistem (salah satu faktor yang mempengaruhi produktivitas petugas) dimana masalah ini terjadi pada pengembalian dokumen rekam medis yang berasal dari rawat inap. Seperti yang sudah dijelaskan sebelumnya (pada tahap *Analyze* poin 3 masalah prioritas utama pada bagian penyimpanan) bahwa beberapa hal yang dapat menyebabkan keterlambatan pengembalian dokumen rekam medis ke bagian penyimpanan salah satu penyebab utamanya adalah terkait proses pengobatan pasien kemudian alur proses pengolahan dokumen rekam medis sebelum kembali pada bagian penyimpanan hingga petugas ruangan yang terlambat mengembalikan (*Delay*).

Masalah poin terakhir yaitu kesalahan pendistribusian dokumen rekam medis ke poli. Masalah ini tergolong ke dalam Aspek *Sort/Seiri* dan Aspek *Sustain/Shitsuke*. Pada aspek

Sort/Seiri petugas tidak rutin melakukan pemilahan terhadap tracer lama atau sudah tidak digunakan yang ada di dalam dokumen rekam medis pasien, Sehingga menimbulkan resiko petugas keliru dalam membaca poli tujuan dokumen rekam medis pasien. Hal ini juga dipengaruhi oleh beberapa faktor lainnya seperti kelelahan, kurang fokus dan kurang teliti, terburu – buru (faktor penyebab tergolong kedalam faktor personal yang merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi produktivitas petugas). Aspek *Sustain/Shitsuke* yaitu terkait dengan penerapan sikap kerja 5S yang belum diterapkan dengan baik (pengulangan aktivitas 3S pertama/ *Sort/Seiri*, *Straighten/Seiton* dan *Shine/Seiso*).

Secara keseluruhan (berdasarkan hasil analisa observasi dan wawancara) penerapan sikap kerja 5S belum diterapkan dengan baik oleh petugas bagian penyimpanan unit rekam medis RSUD Arifin Achmad provinsi riau. Terdapat hubungan antara Penerapan sikap kerja 5S terkait 3 masalah prioritas yang terjadi pada bagian penyimpanan terhadap produktivitas petugas. Aspek *Sort/Seiri*, aspek *Straighten/Seiton*, aspek *Standardize/Seiketsu*, serta aspek *Sustain/ Shitsuke* terhadap 2 faktor dari produktivitas petugas yaitu faktor personal (kinerja petugas) dan faktor sistem (kedisiplinan petugas).

Menurut Iswanto (2019) 5S merupakan sebuah sistem yang bertujuan untuk mengurangi pemborosan dan mengoptimalkan produktivitas melalui pemeliharaan rutin ruang kerja serta dapat menggunakan instruksi visual untuk mencapai hasil operasional yang lebih konsisten. Definisi 5S menurut Iswanto (2019) tersebut sesuai dengan hasil temuan pada penelitian ini yaitu penerapan sikap kerja 5S dapat membantu untuk meningkatkan produktivitas petugas. Selain itu menurut Visco (2016)

penerapan sikap kerja 5S dapat memberikan berbagai manfaat salah satunya yaitu mengurangi waktu pemborosan dalam mencari peralatan kerja, menstandarisasi langkah untuk pelatihan petugas yang lebih mudah dan akurat, membantu meningkatkan jumlah area kosong serta membantu untuk meletakkan dasar budaya *continues improvement*. Konsep ini sesuai dengan kondisi temuan masalah pada bagian penyimpanan unit rekam medis contohnya terkait masalah salah penyusunan dokumen rekam medis di rak dan kesalahan pendistribusian dokumen rekam medis. Dengan menerapkan sikap kerja 5S dapat membantu petugas agar dapat mengorganisir tempat kerja menjadi lebih baik dan mempermudah pekerjaan petugas.

B. Keterkaitan hasil penelitian dengan penelitian sebelumnya

Berdasarkan hasil penjabaran masalah serta hubungan antara penerapan sikap kerja 5S terhadap produktivitas petugas menunjukkan adanya keterkaitan terhadap hasil penelitian ini dengan penelitian terkait sebelumnya. Berikut adalah penjabarannya:

Tabel 4. 12 Perbandingan hasil penelitian dengan hasil penelitian terkait

No	Penelitian Terkait	Jenis Penelitian	Hasil Penelitian (Peneliti)	Keterangan
1.	(Natasya, 2020) Penerapan 5S di rekam medis dalam kategori sangat memuaskan. 5S mempunyai hubungan dengan efektivitas kerja (sig = 0,01). Secara parsial hanya variabel	Kuantitatif (Survei)	Penerapan sikap kerja 5S secara keseluruhan sudah diterapkan pada aktivitas petugas bagian penyimpanan unit rekam medis RSUD Arifin Achmad provinsi Riau. Namun untuk pelaksanaan	Terdapat 3 prioritas masalah pada bagian penyimpanan yang berkaitan dengan aspek sikap kerja 5S. Masalah dengan urutan prioritas utama terletak pada aspek Seiton (masalah salah susun). Hasil observasi terhadap penerapan sikap kerja 5S secara keseluruhan mendapatkan presentase rata – rata sebesar 25% (untuk

	seiton yang berpengaruh terhadap efektivitas kerja (sig = 0,018). Secara simultan variabel 5S berpengaruh terhadap efektivitas kerja		belum dilakukan dengan baik.	pelaksanaan tiap aspek) serta total pelaksanaan sebesar 66%.
2.	(Lindawati, 2021) Mengurangi penumpukan dokumen sebesar 16 %, meningkatkan jumlah area kosong sebesar 21 %, waktu pencarian dokumen menjadi lebih cepat (94 %) hingga menghemat biaya sebesar 79,90 %	Metode 5S (teknik pengumpulan data dengan wawancara secara langsung dan <i>Action Research</i>)	Penerapan aspek <i>Sort/Seiri</i> belum dilakukan secara maksimal sehingga menyebabkan masalah dalam penyusunan dokumen rekam medis di rak penyimpanan hal ini berdampak pada kondisi rak menjadi penuh sehingga memicu terjadinya salah dalam penyusunan dokumen di rak	Berdasarkan hasil wawancara dan observasi terdapat informasi bahwa petugas bagian penyimpanan belum rutin melakukan retensi berkas serta tidak sempat untuk memilah antara barang yang perlu dengan barang yang tidak digunakan. Hal ini akan berdampak pada cara penyusunan dokumen rekam medis di rak. Tidak semua dokumen yang diletak pada rak diletakkan secara tegak dan sejajar hal ini berkaitan dengan kondisi rak yang penuh.
3.	(Ezzedine, 2020) Sikap kerja 5S menjelaskan 27.9 % dari kinerja karyawan, serta penerapan sikap kerja 5S secara signifikan dapat memprediksi kinerja karyawan.	Kuantitatif	Penerapan sikap kerja 5S memberikan dampak terhadap produktivitas petugas bagian penyimpanan unit rekam medis terutama pada faktor personal dan faktor sistem.	Penerapan setiap aspek sikap kerja 5S memberikan dampak baik secara langsung dan secara tidak langsung pada produktivitas petugas. Dampak secara langsung yaitu mempermudah pekerjaan petugas dalam mencari dokumen di rak

Berdasarkan perbandingan hasil penelitian terhadap penelitian terkait pada tabel diatas menunjukkan bahwa hasil penelitian yang didapatkan sesuai dengan penelitian terkait dari Natasya (2020) yaitu terdapat hubungan antara penerapan sikap

kerja 5S dengan produktivitas petugas serta penerapan 5S yang belum dilakukan diterapkan secara standar formal namun sudah dilakukan dalam aktivitas kerja sehari – hari petugas. Sementara penelitian terkait dari Lindawati (2021) menunjukkan hasil tindakan penerapan sikap kerja 5S yang memberikan hasil mengurangi jumlah penumpukan berkas, menambah area kosong hingga menghemat waktu. Sesuai dengan hasil penelitian terkait milik Lindawati (2021) yang mendukung teori penerapan sikap kerja 5S pada penelitian ini namun kondisi dari hasil penelitian ini berlawanan dengan hasil penelitian milik Lindawati (2021) yaitu penerapan 5S belum dilakukan secara maksimal sehingga menimbulkan beberapa masalah seperti terjadinya salah susun, kondisi rak penuh, penempatan dokumen rekam medis tidak sesuai dengan areanya. Hasil penelitian terkait dari Ezzedine (2020) memperkuat hasil analisa data pada penelitian ini bahwa terdapat keterkaitan antara sikap kerja 5S dengan produktivitas petugas bagian penyimpanan unit rekam medis RSUD Arifin Achmad.

Perbedaan utama antara penelitian terkait dengan penelitian ini adalah penelitian terkait rata – rata menggunakan metode kuantitatif serta menghasilkan angka hasil perhitungan yang jelas untuk mengukur penerapan 5S dan kinerja karyawan. Sementara penelitian ini melakukan analisis data dengan mendeskripsikan secara kualitatif dan lebih luas faktor – faktor yang mempengaruhi penerapan sikap kerja 5S dan produktivitas petugas, serta menentukan hubungan antara penerapan sikap kerja 5S dengan produktivitas petugas menggunakan metode yang menganalisis kesalahan/ kegagalan dalam aktivitas petugas.

4.2.2 Implikasi Penelitian

Hasil penelitian ini dapat menjadi referensi untuk penelitian selanjutnya terutama untuk penelitian yang membahas mengenai hubungan antara aktivitas kinerja dengan peningkatan mutu pelayanan. Hasil penelitian ini diharapkan mampu untuk menjadi referensi tambahan bagi institusi pendidikan terutama bagi ilmu administrasi rumah sakit maupun manajemen rumah sakit.

Manfaat hasil penelitian ini yaitu dapat memberikan gambaran penerapan strategi *Lean Management* contohnya yaitu sikap kerja 5S pada pelayanan kesehatan. Hasil penelitian ini dapat menjadi masukan dan evaluasi bagi pihak rumah sakit untuk membantu meningkatkan produktivitas petugas. Bagi petugas bagian unit rekam medis maupun petugas lainnya (terutama untuk petugas pada institusi pelayanan kesehatan) penelitian ini dapat memberikan manfaat untuk menambah pengetahuan petugas mengenai sikap kerja 5S yang merupakan salah satu metode dari *Lean Management* untuk meningkatkan produktivitas.

4.2.3 Keterbatasan Penelitian

Penelitian ini memiliki beberapa keterbatasan yang dapat dijadikan sebagai bahan pertimbangan untuk penelitian selanjutnya, diantaranya:

- a. Penelitian ini menggunakan 4 jenis faktor dalam menilai produktivitas petugas yaitu faktor personal, faktor *Leadership*, faktor kerjasama serta faktor sistem. Masih banyak faktor lain yang dapat dijadikan sebagai tolak ukur dalam mengukur produktivitas petugas agar mendapatkan hasil pengukuran yang akurat.
- b. Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif dalam melakukan analisa data. Sehingga hasil yang di dapatkan tidak

dalam bentuk hasil pengukuran dengan tingkat keakuratan yang tinggi. Penggunaan metode penelitian campuran (*Mix Methode*) misalnya dengan menggabungkan antara metode *Action Research* dengan metode kualitatif tentunya akan dapat meningkatkan tingkat keakuratan data serta hasil informasi yang lebih jelas.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil observasi dan wawancara yang dilakukan dari tanggal 02 Juni – 05 Agustus 2022 pada bagian penyimpanan unit rekam medis didapatkan kesimpulan sebagai berikut:

- a. Hasil observasi dan wawancara mendalam menunjukkan bahwa sikap kerja 5S secara keseluruhan belum diterapkan dengan baik pada petugas bagian penyimpanan unit rekam medis. Hal ini ditunjukkan dari hasil analisa masalah menggunakan metode FMEA bahwa terdapat 3 masalah/ *Defect* yang paling sering terjadi yaitu salah susun dengan nilai RPN sebesar 147 (17%), Keterlambatan pengambalian dokumen rekam medis dari rawat inap dengan nilai RPN sebesar 112 (30%) dan Kesalahan pendistribusian dokumen rekam medis ke poli lain dengan nilai RPN sebesar 70 (38%). Sesuai dengan prinsip pareto bahwa dengan nilai kumulatif mencapai 80% dengan asumsi 80% tersebut dapat mewakili seluruh jenis masalah/ defect yang terjadi. Jika ketiga masalah dominan tersebut di tangani, maka 88% masalah pada bagian penyimpanan unit rekam medis dapat terselesaikan sehingga ketiga jenis masalah diatas menjadi prioritas yang harus ditangani terlebih dahulu.
- b. Terdapat hubungan antara Penerapan sikap kerja 5S terkait 3 masalah prioritas yang terjadi pada bagian penyimpanan terhadap produktivitas petugas. 2 faktor dari produktivitas petugas yaitu faktor personal (kinerja petugas) dan faktor sistem (kedisiplinan petugas) memberikan dampak terhadap aspek *Sort/Seiri*, aspek *Straighten/Seiton*, aspek *Standardize/Seiketsu*, serta aspek *Sustain/Shitsuke*.

- c. Menurut hasil observasi Sikap Kerja 5S belum diterapkan secara formal atau belum memiliki standar peraturan untuk pelaksanaannya, namun petugas pada bagian penyimpanan sudah melakukan penerapan sikap kerja 5S secara tidak langsung dalam aktivitas kerja sehari-hari
- d. Terdapat 6 usulan perbaikan terhadap permasalahan yang ditemukan pada bagian penyimpanan unit rekam medis. Salah satu usulan utama yang diberikan adalah dengan membuat lembar perencanaan proses kontrol kegiatan (pada lampiran 16) serta lembar *Checklist* seperti pada tabel 4.10 yang merupakan usulan perancangan tahap kontrol dan evaluasi yang dapat digunakan oleh koordinator ruangan untuk mengatur pelaksanaan perencanaan aktivitas perbaikan pada bagian penyimpanan unit rekam medis.

5.2 Saran

5.2.1 Bagi Rumah Sakit Umum Daerah Arifin Achmad Provinsi Riau

Berdasarkan hasil analisis masalah mengenai penerapan sikap kerja 5S pada bagian penyimpanan unit rekam medis, adapun saran bagi pihak rumah sakit untuk melakukan pengembangan secara berkelanjutan dalam meningkatkan produktivitas petugas (terutama bagi petugas unit rekam medis). Beberapa usulan yang dapat dilakukan untuk meningkatkan pengembangan secara berkelanjutan pada bagian penyimpanan unit rekam medis yaitu:

- 1) Memberikan pengarahan mengenai cara penerapan sikap kerja 5S kepada petugas unit rekam medis terutama pada bagian penyimpanan
- 2) Mengatur kembali cara penyusunan dokumen rekam medis di rak serta meningkatkan cara pengorganisasian barang peralatan kerja.

- 3) Mengembangkan manajemen visual di area kerja dengan membuat jadwal pemeriksaan penyusunan dokumen rekam medis di rak dan menentukan rotasi petugas yang melakukan kegiatan pemeriksaan.
- 4) Mengembangkan strategi komunikasi dua arah secara aktif terhadap setiap pihak terkait.
- 5) Membuat list faktor – faktor yang memicu keterlambatan pengembalian rekam medis serta lakukan analisis dan evaluasi dari kejadian sebelumnya.
- 6) Meningkatkan tahap kontrol dan pengawasan terhadap kinerja petugas unit rekam medis.

5.2.2 Bagi Universitas Awal Bros

Penelitian ini diharapkan dapat menjadi pendukung bagi pembelajaran mahasiswa, khususnya pada mata kuliah manajemen mutu pelayanan kesehatan mahasiswa jurusan S1 Administrasi Rumah Sakit..

5.2.3 Bagi Peneliti Selanjutnya

Pengembangan penelitian ini dapat dilakukan secara lebih luas dengan menggunakan faktor – faktor terkait produktivitas petugas lainnya (diluar faktor terkait produktivitas yang sudah digunakan pada penelitian ini). Penelitian selanjutnya dapat menggunakan metode penelitian kombinasi/ *Mix Methode* misalnya dengan menggabungkan antara metode *action research* dengan metode kualitatif yang tentunya dapat memberikan tingkat keakuratan data serta hasil informasi yang lebih jelas.

DAFTAR PUSTAKA

- Abduh, Rachmad. 2021. *DE LEGA LATA: Jurnal Ilmu hukum*. Kajian Hukum Rekam Medis Sebagai Alat Bukti Malpraktik Medis. Vol.6 No. 1. H.221-234. E-ISSN: 2477-7889. Akreditasi; SINTA 3. URL. <http://jurnal.umsu.ac.id/index.php/delegalata>
- Aliefia, Bastin Nur, dkk. 2020. *J-REMI: Jurnal Rekam Medik dan Informasi Kesehatan*. Analisis Lama Waktu Penyediaan Berkas Rekam Medis Rawat Jalan Untuk Pasien Lama Poli Bedah Onkologi Di Rsal Dr. Ramelan Surabaya Tahun 2020. Vol. 2 No. 1. E-ISSN : 2721-866X
- Azelya. Iis, Thabrani, Gesit. 2020. Analisis Pengurangan Non-Value Added Activities dengan Metode Lean Six Sigma. *Jurnal Kajian Manajemen dan Wirausaha*. Volume 02 Nomor 02. ISSN: Online 2655-6499
- Basri, Yesi Mutia dan Gusnardi. 2021. *Jurnal Akutansi Terapan Indonesia*. Pengelolaan Keuangan Pemerintah di Masa Pandemi Covid 19 (kasus pada pemerintah provinsi riau). Vol. 4 No. 1
- Bhat, et.al., 2020. *International Journal Of Quality & Reliability Management*. Lean Six Sigma for the healthcare sector: a multiple case study analysis from the Indian context. Vol. 37 N0. 1. p. 90-111. DOI 10.1108/IJQRM-07-2018-0193
- Dewi, Ratna. 2021. *Analisis Kinerja Petugas Rekam Medis di RSUD Besemah Kota Pagar Alam*. Thesis Magister Kesehatan Masyarakat, Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Bina Husada Palembang
- Ezzedine, Rayan & Aoun, Malak. 2020. *International Business Accounting Research Journal*. The Effect Of 5S On Employee Performance: An Empirical Study Among Labanese Hospitals. Vol. 4. Issue 1. e-ISSN 2549-0303. <http://ibarj.com>
- Febrilian, Vevy, dkk. 2021. *Jurnal Teknik ITS* . Usulan Perbaikan Proses Bisnis dan Penyusunan Prosedur Standar Operasi Menggunakan Metode DMAIC (Studi Kasus pada Asrama Mahasiswa ITS). Vol.10. No.2. ISSN: 2337-3539
- Graban, Mark. 2016. *Lean Hospitals (Improving Quality, Patient Safety, and Employee Eangagement)*. CRC Press Taylor & Francis Group : U.S. ISBN: 978-1-4987-4326-6 (e-Book – PDF)
- Handayani, Elvira, dkk. 2021. *Jurnal Ilmiah Indonesia (CERDIKA)*. Analisis Pengembalian Rekam Medis Rawat Jalan Terhadap Kecepatan

Pendistribusian Ke Poliklinik Di Rsau Lanud Sulaiman. Vol. 1 No. 8. E-ISSN:2774-6534.

<http://cerdika.publikasiindonesia.id/index.php/cerdika/index>

Honda, Ana Carolina, et.al. 2018. *Quality Management Journal*. How Lean Six Sigma Principles Improve Hospital Performance. Vol. 25 NO. 2. ISSN : 2575-6222. Hal.70-82. <https://doi.org/10.1080/10686967.2018.1436349>

Furterer, Sandra L. 2014. *Lean Six Sigma Case studies in the Healthcare Enterprise*. ISBN 978-1-4471-5582-9, ISBN 978-1-4471-5583-6 (eBook). Springer-Verlag : London

Furterer et.al. 2014. *Lean Systems Applications and Case Studies In Manufacturing, Service, and Healthcare*. CRC Press Taylor & Francis Group : U.S. ISBN 978-1-4665-5681-2 (eBook).

Iswanto, 2019. *Lean Implementation in Hospital Departments*. Taylor & Francis Group, LLC Routledge/Productivity Press : U.S. ISBN 978-0-429-03228-8 (e-Book)

Kurniasih, Dewi. 2021. *Jurnal Personalia, Financial, Operasional, Marketing dan sistem informasi*. Implementasi Lean Hospital Dalam Meningkatkan Pelayanan Rawat Jalan Poliklinik Penyakit Dalam (Studi Kasus Di Rumah Sakit "X" Indonesia). Volume 28 Nomor 1

Kusdarmadji, Pribadi, Firman, dkk. 2021. Implementation Of Lean Management To Reduce Waste In Hemodialization Installation Of Qim Batang Hospital. *Jurnal Profesi Medika : Jurnal Kedokteran dan Kesehatan*. ISSN 0216-3438 (Print). ISSN 2621-1122 (Online)

Lindawati, dwi, Azwir, Hery Hamdi. 2021. *Jurnal INTECH Teknik Industri Universitas Serang Raya*. Peningkatan Efisiensi Tempat Penyimpanan Dokumen Dengan Menggunakan Metode 5S Dan Siklus Pdca Di Industri Farmasi. Vol.7 No. 2. E-ISSN 2655-2655. DOI: <http://dx.doi.org/10.30656/intech.v7i2.3605>

Mahendradhata, et.al., 2021. *Frontiers in Public Health (Perspective)*. The Capacity Of the Indonesian Healthcare System to Respond to Covid-19. Vol. 9 DOI: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.649819>

McDermott, Olovia, Anthony, Jiju. 2020. *8 Th International Conference On Lean Six Sigma*.

Murni, M, dkk. 2018. *Jkesvo (Jurnal Kesehatan Vokasional)*. Vol. 3 No. 2. ISSN 2599-3275. <http://journal.ugm.ac.id/jkesvo>

- Nariyantha, I Kadek, dkk. 2020. *Jurnal Ilmiah Manajemen Bisnis dan Inovasi Universitas Sam Ratulangi (JMBI UNSRAT)*. Lean Six Sigma And Electronic Recipes In Efforts To Improve Patient Safety In The Installation Of Emergency Sanglah Denpasar Hospital. Vol.7 No. 2. E-ISSN: 2621-2331. Hal.286-304
- Natasya, Agitta. 2020. *Pengaruh Implementasi 5s Terhadap Efektivitas Pekerja Bagian Rekam Medik Di Rumah Sakit Tk Ii Putri Hijau Medan*.
Skripsi Strata satu, Universitas Sumatera Utara, Sumatera Utara.
- Pratiwi, Rani. 2021. *Jurnal Ilmiah Permas: Jurnal Ilmiah STIKES Kendal*. Analisis Faktor – Faktor Yang Menyebabkan Keterlambatan Pada Penyediaan Dokumen Rekam Medis Rawat Jalan: *Literatur Review*. Vol. 11 No. 2. E-ISSN: 2549-8134
- Pribadi, Fancholiq Joko. 2020. *Jurnal Ekonomi Akuntansi*. Analisis Modeling Lean Management Dalam Upaya Meningkatkan Kinerja Operasional Rumah Sakitpemerintah. Hal : 87. Volume 5 No. 1
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 340/MENKES/PER/III/2010 Tentang Klasifikasi Rumah Sakit
- Peraturan menteri kesehatan No. 269/MENKES/PER/III/2008 tentang Rekam Medis
- Risdayanti, Dewi. 2020. *Produktivitas Kerja Petugas Rekam Medis Dan Informasi Kesehatan Ditinjau Dari Kualifikasi Pendidikan Pada Unit Rekam Medis*.
Karya Tulis Ilmiah Diploma 3 STIKES Panakukkang Makassar, Makassar.
- Rosa, Angelo, et.al. 2021. *BMC Health Services Research*. Lean Adoption in Hospitals: the role of contextual factors and introduction strategy. ISSN: 14726963. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06885-4>
- Sartor, Marco & Cescon, Erik. 2019. *Quality Management: Tools, Methods, and Standards*. Failure Mode and Effect Analysis (FMEA). <https://doi.org/10.1108/978-1-78769-801-720191008>
- Supriadi, Damayanti, Dian Putri. 2019. *Jurnal Administrasi Bisnis Terapan*. Tinjauan Waktu Penyediaan Berkas Rekam Medik Rawat Jalan Rumah Sakit X Di Tangerang Selatan. Vol. 2 No.1. E-ISSN 2621-5993
- Susanto, Denies. 2022. *Jurnal ARASTIRMA Universitas Pamulung*. Hal : 30. Vol.2, No.1. P-ISSN 2775–9695 E-ISSN 2775-9687

- Syamsuriansyah, dkk. 2021. *Jurnal Kesehatan*. Kinerja Pengisian Dokumen Rekam Medis Di Puskesmas Madapangga Bima Ntb. Vol. 14 No.2. E-ISSN 2622-7363. DOI : 10.24252/kesehatan.v14i2.23672
- Siswati. 2018. Manajemen Unit Kerja II (perencanaan SDM unit kerja RMIK).
Bahan ajar rekam medis dan informasi kesehatan (RMIK) Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (e-Book)
- Soemohadiwidjojo, Arini T. 2017. *Six Sigma Metode Pengukuran Kinerja Perusahaan Berbasis Statistik*. Jakarta: Raih Asa Sukses. ISBN 978-979-013-263-4
- Sugiyono. 2021. *Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif dan R&D*. Alfabeta : Bandung. ISBN 978-602-289-533-6
- Undang – Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit
- Visco, David. 2016. *5S Made Easy A step-by-step guide to implementing and sustaining your 5S Program*. CRC Press Taylor & Francis Group : U.S. ISBN 978-1-4987-1983-4 (e-Book-PDF).
- Voehl, Frank et.al, 2014. *The Lean Six Sigma Black Belt Handbook tools and methods for process acceleration*. CRC Press Taylor & Francis Group : U.S. ISSN 978-1-46655469-6 (e-Book-PDF)
- Widowati, Asih. 2018. *Kesehatan & Keselamatan Kerja Rumah Sakit*. CV. Trans Info Media : Jakarta Timur. ISBN 978-602-202-268-8
- Willis, Drew. 2016. *Process Implementation Through 5S laying the foundation for Lean*. CRC Press Taylor & Francis Group : U.S. ISBN 978-4987-4716-5 (e-Book-PDF)

LAMPIRAN

Lampiran 1 Surat Permohonan Izin Studi Pendahuluan



Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan
AWAL BROS PEKANBARU

No : 030/C.1a/STIKes-ABP/S1/01.2022 Pekanbaru, 18 Januari 2022
Lampiran : -
Perihal : Permohonan Izin Studi Pendahuluan

Kepada Yth :
Bapak/Ibu Direktur RSUD Arifin Achmad Provinsi Riau
di-

Tempat

Semoga Bapak/Ibu selalu dalam lindungan Tuhan Yang Maha Esa dan sukses dalam menjalankan aktivitas sehari-hari.

Teriring puji syukur kehadiran Tuhan yang Maha Esa, berdasarkan kalender Akademik Prodi S1 Administrasi Rumah Sakit Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIKes) Awal Bros Pekanbaru Tahun Ajaran 2021/2022, bahwa Mahasiswa/i kami akan melaksanakan penyusunan Proposal Penelitian (Skripsi).

Schubungan dengan hal tersebut diatas, kami mohon Bapak/Ibu dapat memberi izin Studi Pendahuluan untuk Mahasiswa/i kami dibawah ini :

Nama : Tania Puteri Millenia
NIM : 18001017
Dengan Judul : Implementasi Prinsip 5s Serta Menganalisis Waste Menggunakan Metode Lean Six Sigma pada Unit Rawat Jalan selama Masa Pandemi Covid di RSUD Arifin Achmad Provinsi Riau

Demikian surat permohonan izin ini kami sampaikan, atas kesediaan dan kerjasama Bapak/Ibu kami ucapkan terimakasih.

Ketua Program Studi
S1 Administrasi Rumah Sakit
STIKes Awal Bros Pekanbaru

Ns. Muhammad Firdaus, S.Kep., MMR
NIDN. 1001108806

Tembusan :
1. Arsip

Jl. Karya Bakti No. 8 Simp. BPG, Kel. Bambu Kuning,
Kec. Tenayan Raya, Kota Pekanbaru, Riau 28141
Telp. (0761) 8409768/0812-7552-3788
Email : stikes.awalbrospekanbaru@gmail.com

Lampiran 2 Surat Izin Pengambilan Data



PEMERINTAH PROVINSI RIAU
RSUD ARIFIN ACHMAD

Jl. Diponegoro No. 2 Telp. (0761) - 23418, 21618, 21657, Fax (0761) - 20253
Pekanbaru



Nomor : 072/ DIKLIT – LITBANG/ 20
Sifat : Biasa
Lampiran : -
Hal : Izin Pengambilan Data

Pekanbaru, 24 Januari 2022
Kepada
Yth. Kepala Instalasi Rekam Medik
di-
Pekanbaru

Menindaklanjuti surat dari Ketua Program Studi S1 Administrasi Rumah Sakit STIKes Awal Bros Pekanbaru, Nomor: 030/C.1a/STIKES-ABP/S1/01.2022, tanggal 18 Januari 2022, perihal izin Pengambilan Data untuk keperluan penyusunan Skripsi yaitu :

Nama : Tania Puteri Millenia
NIM : 18001017
Program Studi : S1. Administrasi Rumah Sakit
Judul : *Implementasi Prinsip 5s Serta Menganalisis Waste Menggunakan Metode Lean Six Sigma Pada Unit Rawat Jalan selama Masa Pandemi Covid di RSUD Arifin Achmad Provinsi Riau.*

Dengan ini pihak RSUD Arifin Achmad dapat memberi izin pengambilan data dimaksud dengan ketentuan sbb :

1. Kepada yang bersangkutan tidak melakukan kegiatan yang menyimpang dari ketentuan yang telah ditetapkan.
2. Pengambilan data tidak melakukan tindakan teknis/medis secara langsung kepada responden (pasien).
3. Pengambilan data berlaku selama 1 (satu) bulan terhitung dari tanggal penerbitan surat ini.
4. Pengambilan data ini tidak dibenarkan untuk memfoto, fotocopy dan menscanner.
5. Pengambilan data hanya berlaku untuk data sekunder pasien

Dapat disampaikan bahwa untuk efektif dan efisien kegiatan tersebut, diharapkan kepada Saudara dapat membantu memberikan data / informasi yang diperlukan.

Demikian disampaikan untuk dilaksanakan sebagaimana mestinya.

**Pt. DIREKTUR RSUD ARIFIN ACHMAD
PROVINSI RIAU,**

drg. WAN FAJRIATUL MAMUNAH, Sp.KG
Pembina/ IV a
NIP: 19780618 200903 2 001

Tembusan Kepada Yth :

1. Wakil Direktur Keuangan
2. Wakil Direktur Medik dan Keperawatan
3. Arsip

Lampiran 3 Permohonan Izin Kaji Etik



UNIVERSITAS AWAL BROS

A Spirit of Caring

A Vision of Excellence

Pekanbaru, Jl.Karya Bakti, No 8 Simp. BPG 28141

Telp. (0761) 8409768/ 082276268786

Batam, Jl.Abulyatama, 29464

Telp. (0778) 4805007/ 085760085061

Website: univawalbros.ac.id | Email : univawalbros@gmail.com

No : 260/UAB1.01.3.6/U/KPS/04.22
Lampiran : -
Perihal : **Permohonan Izin Kaji Etik**

Kepada Yth :
Fakultas Kedokteran Universitas Riau
di-

Tempat

Semoga Bapak/Ibu selalu dalam lindungan Tuhan Yang Maha Esa dan sukses dalam menjalankan aktivitas sehari-hari.

Teriring puji syukur kehadiran Tuhan yang Maha Esa, berdasarkan kalender Akademik Prodi S1 Administrasi Rumah Sakit Universitas Awal Bros Tahun Ajaran 2021/2022, bahwa Mahasiswa/i kami akan melaksanakan penyusunan Skripsi.

Sehubungan dengan hal tersebut diatas, kami mohon Bapak/Ibu dapat memberi izin Kaji Etik untuk Mahasiswa/i kami dibawah ini :

Nama : Tania Puteri Milenia
Nim : 18001017
Dengan Judul : Pengaruh Penerapan 5S Menggunakan Metode *Lean Six Sigma* terhadap Produktivitas Petugas Unit Rekam Medis RSUD Arifin Achmad Provinsi Riau

Demikian surat permohonan izin ini kami sampaikan, atas perhatian dan kerjasama Bapak/Ibu kami ucapkan terimakasih.

Pekanbaru, 26 April 2022

Ka. Administrasi Rumah Sakit
Universitas Awal Bros



Ms. Muhammad Firdaus, S.Kep., MMR
NIDN. 1001108806

Tembusan :
1.Arsip

Lampiran 4 Surat Keterangan Lolos Etik



UNIT ETIK PENELITIAN KEDOKTERAN DAN KESEHATAN
ETICAL REVIEW BOARD FOR MEDICINE & HEALTH RESEARCH
FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS RIAU
Jl. Diponegoro No. 1 Pekanbaru, Riau, Indonesia Kode Pos 28133
Telpon : +62(0761) 839264, Email: kajietik@gmail.com
NOMOR KEPK : 1471032P

KETERANGAN LOLOS KAJI ETIK
ETHICAL CLEARANCE

No : B / 065 /UN19.5.1.1.8/UEPKK/2022

Protokol penelitian yang diusulkan oleh :
The research protocol proposed by

Peneliti utama : Tania Puteri Millenia
Principal Investigator

Pembimbing : 1. Ns. Muhammad Firdaus, S.Kep., MMR
Advisor 2. Bobi Handoko, S.K.M., M.Kes

Nama Institusi : Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Awal Bros Pekanbaru
Name of the Institution

Dengan Judul : PENGARUH PENERAPAN 5S MENGGUNAKAN METODE
Title LEAN SIX SIGMA TERHADAP PRODUKTIVITAS PETUGAS
UNIT REKAM MEDIS RSUD ARIFIN ACHMAD PROVINSI
RIAU

Dinyatakan layak etik sesuai 7 (tujuh) Standar WHO 2011, yaitu 1) Nilai Sosial, 2) Nilai Ilmiah, 3) Pemerataan Beban dan Manfaat, 4) Risiko, 5) Bujukan/Eksploitasi, 6) Kerahasiaan dan Privacy, dan 7) Persetujuan Setelah Penjelasan, yang merujuk pada Pedoman CIOMS 2016. Hal ini seperti yang ditunjukkan oleh terpenuhinya indikator setiap standar.

Declared to be ethically appropriate in accordance to 7 (seven) WHO 2011 Standards, 1) Social Values, 2) Scientific Values, 3) Equitable Assessment and Benefits, 4) Risks, 5) Persuasion/Exploitation, 6) Confidentiality and Privacy, and 7) Informed Consent, referring to the 2016 CIOMS Guideline. This is as indicated by the fulfillment of the indicators of each standard.

Keterangan Lolos Kaji Etik ini berlaku selama kurun waktu tanggal 20 Mei 2022 sampai dengan tanggal 20 Mei 2023 dan dapat diperbaharui dengan pemberitahuan maksimal 30 hari sebelum masa berlaku habis.

This Ethical Clearance is Applicable from May 20, 2022 until May 20, 2023 and renewal must be submitted at least 30 days prior to expired date.

May 20, 2022
Ketua
Chairman

dr. Dina Fauzia, Sp.FK
NIP 197807282005012002

Lampiran 5 Permohonan Izin Penelitian

 **UNIVERSITAS AWAL BROS**
A Spirit of Caring
A Vision of Excellence

Pekanbaru, Jl.Karya Bakti, No 8 Simp. BPG 28141
Telp. (0761) 8409768/ 082276268786
Batam, Jl.Abulyatama, 29464
Telp. (0778) 4805007/ 085760085061
Website: univawalbros.ac.id | Email : univawalbros@gmail.com

No : 418/UAB1.01.3.6/U/KPS/06.22
Lampiran : -
Perihal : Permohonan Izin Penelitian

Kepada Yth :
Bapak/Ibu Direktur RSUD Arifin Achmad Provinsi Riau
di-
Tempat

Semoga Bapak/Ibu selalu dalam lindungan Tuhan Yang Maha Esa dan sukses dalam menjalankan aktivitas sehari-hari.

Teriring puji syukur kehadiran Tuhan yang Maha Esa, berdasarkan kalender Akademik Prodi S1 Administrasi Rumah Sakit Universitas Awal Bros Tahun Ajaran 2021/2022, bahwa Mahasiswa/i kami akan melaksanakan penyusunan Skripsi.

Sehubungan dengan hal tersebut diatas, kami mohon Bapak/Ibu dapat memberi izin Penelitian untuk Mahasiswa/i kami dibawah ini :

Nama : Tania Puteri Millenia
Nim : 18001017
Dengan Judul : Pengaruh Penerapan 5S Menggunakan Metode Lean Six Sigma Terhadap Produktivitas Petugas Unit Rekam Medis RSUD Arifin Achmad Provinsi Riau

Demikian surat permohonan izin ini kami sampaikan, atas perhatian dan kerjasama Bapak/Ibu kami ucapkan terimakasih.

Pekanbaru, 03 Juni 2022
Ka. Prodi S1 Administrasi Rumah Sakit
Fakultas Ilmu Kesehatan
Universitas Awal Bros

(Marian Tonis, SKM., MKM)
NIDN. 1002119401

Tembusan :
1. Arsip
No : 418/UAB1.01.3.6/U/KPS/06.22

Lampiran 6 Surat Izin Penelitian



PEMERINTAH PROVINSI RIAU
RSUD ARIFIN ACHMAD

Jl. Diponegoro No. 2 Telp. (0761) - 23418, 21618, 21657, Fax (0761) - 20253
Pekanbaru



Nomor : 071 / DIKLIT- LITBANG / 106 Pekanbaru, 29 Juni 2022
Sifat : Biasa Kepada
Lampiran : - Yth. Kepala Instalasi Rekam Medik
Hal : Izin Penelitian di-
Pekanbaru

Menindaklanjuti surat dari Ka. Podi S1 Administrasi Rumah Sakit Fakultas Kesehatan Universitas Awal Bros, Nomor: 418/UAB1.01.36/U/KPS/06.22, tanggal 03 Juni 2022 perihal izin penelitian untuk keperluan penyusunan Skripsi yaitu:

Nama : Tania Puteri Millenia
NIM : 18001017
Program Studi : S1. Administrasi Rumah Sakit
Judul : *Pengaruh Penerapan 5S Menggunakan Metode Lean Six Sigma Terhadap Produktivitas Petugas Unit Rekam Medis RSUD Arifin Achmad Provinsi Riau..*

Dengan ini pihak RSUD Arifin Achmad dapat memberi Izin Penelitian dimaksud dengan ketentuan sbb:

1. Kepada yang bersangkutan tidak melakukan kegiatan yang menyimpang dari ketentuan yang telah ditetapkan.
2. Penelitian tidak melakukan tindakan teknis/medis secara langsung kepada responden (pasien).
3. Penelitian berlaku selama 3 (tiga) bulan terhitung dari tanggal penerbitan surat ini.

Dapat disampaikan bahwa untuk efektif dan efisien kegiatan tersebut, diharap kepada Saudara dapat membantu memberikan data / informasi yang diperlukan.

Demikian disampaikan untuk dilaksanakan sebagaimana mestinya.

**DIREKTUR RSUD ARIFIN ACHMAD
PROVINSI RIAU,**

drg. WAN FAJRIATUL MAMNUAH, Sp.KG
Pembina / IV a
NIP: 19780618 200903 2 001

Tembusan Kepada Yth :

1. Wakil Direktur Keuangan
2. Wakil Direktur Medik dan Keperawatan
3. Arsip

Lampiran 7 Surat Selesai Penelitian



PEMERINTAH PROVINSI RIAU
RSUD ARIFIN ACHMAD

Jl. Diponegoro No. 2 Telp. (0761) - 23418, 21618, 21657, Fax (0761) - 20253
Pekanbaru



Nomor : 075/RSUD – DIKLIT / 086
Sifat : Biasa
Lampiran : -
Hal : Selesai Penelitian

Pekanbaru, 08 Agustus 2022
Kepada
Yth. Ketua Program Studi
S1 Administrasi Rumah Sakit
Fakultas Ilmu Kesehatan
Universitas Awal Bros
di-
Pekanbaru

Dengan hormat,

Dengan ini disampaikan sebagai berikut :

Nama : Tania Puteri Millenia
NIM : 18001017
Program Studi : S1. Administrasi Rumah Sakit
Judul : *Pengaruh penerapan 5S menggunakan metode Lean Six Sigma terhadap produktivitas petugas Unit Rekam Medis RSUD Arifin Achmad Provinsi Riau.*

Telah selesai melaksanakan penelitian di RSUD Arifin Achmad dari Tanggal 29 Juni 2022 s/d 05 Agustus 2022.

Demikian surat keterangan ini dibuat untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

**DIREKTUR RSUD ARIFIN ACHMAD
PROVINSI RIAU,**

**drg. WAN FAJRIATUL MAMNUNAH, Sp.KG
Pembina / IV a
NIP: 19780618 200903 2 001**

Tembusan Kepada Yth :

1. Wakil Direktur Keuangan
2. Wakil Direktur Medik dan Keperawatan
3. Arsip

**PENJELASAN MENGENAI PENELITIAN TENTANG
(PENERAPAN SIKAP KERJA 5S MENGGUNAKAN METODE
LEAN SIX SIGMA TERHADAP PRODUKTIVITAS KINERJA PETUGAS
UNIT REKAM MEDIS RSUD ARIFIN ACHMAD)**

Peneliti di Fakultas Ilmu Kesehatan Jurusan S1 Administrasi Rumah Sakit, sedang melakukan penelitian untuk Mengetahui bagaimana penerapan sikap kerja 5S pada unit rekam medis serta melihat hubungan penerapan sikap kerja 5S terhadap produktivitas petugas bagian penyimpanan unit rekam medis. Hal ini penting dilakukan untuk meningkatkan khazanah ilmu pengetahuan.

Penelitian ini bermanfaat agar Bapak/ibu manajemen fasilitas pelayanan medis serta petugas pada bagian rekam medis terbantu dalam menganalisis dan memecahkan permasalahan yang berkaitan dengan Sikap kerja 5S (Sort/ pemilahan, Straighten/ penataan, Shine/ kebersihan, Standardize/ Pemantapan, Sustain/ Pembiasaan) dan produktivitas kerja dari petugas bagian penyimpanan unit rekam medis.

Untuk mempresentasikan penelitian dibutuhkan Sebanyak 10 orang informan yang akan diikutsertakan dalam penelitian ini. Informan akan diberikan sejumlah pertanyaan oleh peneliti melalui wawancara secara langsung dengan menyesuaikan terhadap ketersediaan waktu dari informan. Bapak / Ibu merupakan Informan pada penelitian ini yang sudah ditentukan dan dipertimbangkan oleh peneliti berdasarkan kesesuaian terhadap permasalahan penelitian yang diambil dan karena itu Bapak / ibu diminta ikut serta dalam penelitian ini. Hasil penelitian akan dijadikan masukan dari peneliti kepada pihak rumah sakit terutama pada unit rekam medis agar dapat dilakukan perbaikan dan peningkatan terhadap kinerja petugas pada unit rekam medis.

Kami berharap Bapak / Ibu bersedia ikut serta dalam penelitian ini. Apabila Bapak/Ibu bersedia, Bapak/ibu akan diberikan beberapa pertanyaan melalui wawancara secara langsung terkait penelitian. Selama proses wawancara berlangsung peneliti akan menggunakan alat bantu dokumentasi untuk kepentingan dalam penelitian. Waktu yang dibutuhkan untuk pelaksanaan wawancara akan disesuaikan dengan ketersediaan waktu dari Bapak/ibu sebagai informan, untuk pedoman waktu maksimal wawancara setiap informan pada penelitian ini adalah sekitar 45 menit. Wawancara akan dilakukan di tempat tertutup (seperti di ruangan

pribadi kepala ruangan / kepala instalasi) atau area terbatas khusus petugas unit terkait sehingga bapak/ibu merasa nyaman selama proses wawancara berlangsung. Semua data penelitian ini akan diperlakukan secara rahasia sehingga tidak memungkinkan orang lain menghubungkannya dengan Bapak / Ibu. Bapak/Ibu bebas menolak ikut dalam penelitian ini dan Bapak / Ibu diberi kesempatan untuk menanyakan semua hal yang belum jelas sehubungan dengan penelitian ini.

Penelitian ini bersifat sukarela. Bapak/ibu berhak menolak/ menarik diri dari penelitian ini tanpa sanksi/ denda apapun. Penelitian ini tidak menilai secara individu dan tidak mempengaruhi penilaian kinerja Bapak/ Ibu. Penelitian ini memberikan gambaran secara umum tentang penerapan sikap kerja 5S (Sort/ pemilahan, Straighten/ penataan, Shine/ kebersihan, Standardize/ Pemantapan, Sustain/ Pembiasaan) terhadap produktivitas petugas bagian penyimpanan unit rekam medis RSUD Arifin Achmad Provinsi Riau.

Bila sewaktu-waktu membutuhkan informasi tambahan, Bapak / Ibu dapat menghubungi :

(Tania Puteri Millenia, Jl. Tuah Sekata, no tel: 087815404109)

Lampiran 9 Permohonan Menjadi Informan

PERMOHONAN MENJADI INFORMAN

Kepada Yth;
Calon Informan

Dengan hormat,

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : TANIA PUTERI MILLENIA
NIM : 18001017
Program Studi : S1 ADMINISTRASI RUMAH SAKIT
Alamat : JL. TUAH SEKATA NO. 12
No. HP/Tlp : 087815404109

Bermaksud melakukan penelitian dengan judul “PENERAPAN SIKAP KERJA 5S MENGGUNAKAN METODE LEAN SIX SIGMA TERHADAP PRODUKTIVITAS KINERJA PETUGAS UNIT REKAM MEDIS RSUD ARIFIN ACHMAD PROVINSI RIAU”. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui bagaimana penerapan sikap kerja 5S (*Sort/Ringkas, Straighten/Rapi, Shine/ Resik, Standardize/ Rawat, Sustain/ Rajin*) pada bagian penyimpanan unit rekam medis serta hubungan penerapan sikap kerja 5S terhadap produktivitas petugas bagian penyimpanan unit rekam medis. Penelitian ini menggunakan metode kualitatif berupa wawancara secara *in depth interview* dengan tatap muka secara langsung.

Penelitian ini tidak akan menimbulkan akibat yang merugikan pada saudara sebagai informan, kerahasiaan semua informasi yang diberikan akan dijaga dan hanya di gunakan untuk kepentingan penelitian. Pada saat wawancara peneliti akan menggunakan alat bantu dokumentasi (pengambilan gambar) menggunakan *Smartphone* untuk keperluan dokumentasi dalam penelitian yang akan dilampirkan pada lampiran penelitian serta penggunaan alat tulis berupa buku dan pulpen untuk

membantu peneliti dalam mendapatkan keseluruhan informasi secara lengkap dari informan.

Peneliti akan memberikan bingkisan kepada saudara (Bapak/Ibu) sebagai rasa terima kasih peneliti atas kesempatan dan ketersediaan waktu yang telah diberikan oleh Bapak/Ibu sebagai informan dalam penelitian ini. Apabila saudara menyetujui, maka dengan ini saya mohon kesediaan untuk menandatangani lembaran persetujuan yang saya berikan. Atas perhatian saudara sebagai responden saya ucapkan terima kasih.

Pekanbaru, Juni 2022

Tania Puteri Millenia

Lampiran 10 Informed Consent

INFORMED CONSENT

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Kode Informan :

Umur :

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa setelah memperoleh informasi baik secara lisan dan tulisan mengenai penelitian yang akan di lakukan oleh Tania Puteri Millenia dan informasi tersebut telah saya pahami dengan baik mengenai manfaat, tindakan yang akan dilakukan, keuntungan dan kemungkinan ketidaknyamanan yang dapat dijumpai, maka saya setuju untuk berpartisipasi dalam penelitian tersebut.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya dan penuh kesadaran dan tanpa keterpaksaan dari pihak manapun.

Pekanbaru2022

Yang menyatakan,

(.....)

Lampiran 11 Lembar Observasi

Lembar Observasi

Lokasi Observasi : Bagian Penyimpanan unit rekam medis

Hari/Tanggal Observasi :

A. Sikap Kerja 5S

5S	No	Aspek	Pernyataan	YA	TIDAK	Keterangan
Sort / Seiri / Ringkas (Pemilahan)	1	Berkas dan peralatan pengelolaan Rekam Medis	Petugas rutin melakukan pemilihan dan pemindahan pada arsip rekam medis in aktif dari rak arsip rekam medis yang aktif untuk disimpan di rak arsip rekam medis in aktif sesuai dengan jadwal retensi arsip (P.aktif)			
	2		Tindakan pemisahan Peralatan yang sudah rusak dan tidak terpakai lagi rutin dilakukan (Terutama peralatan yang tidak berkaitan dengan aktivitas pengelolaan berkas rekam medis).			
	3		Rutin dilakukan tindakan Sortir Berkas (P.inaktif)			
	4		Berkas rekam medis inaktif yang sudah tersimpan pada rak inaktif lewat dari 2 tahun serta sudah tidak digunakan lagi (untuk berobat ulang pasien) rutin dimusnahkan sesuai dengan batas waktu penyimpanan berkas inaktif menurut peraturan Rumah Sakit			

	5	Alat tulis kantor dan Media Penyimpanan Rekam Medis	Semua barang (<i>Hard</i> maupun <i>Softfile</i>) diberi identitas terutama untuk berkas rekam medis dan barang yang berkaitan dengan aktivitas pengelolaan berkas rekam medis serta untuk barang yang tidak digunakan diberi tanda untuk penanganan			
Straighten / Seiton / Rapi (Penataan)	6	<i>Labelling</i> identitas pada penyimpanan	Pemberian identitas atau label pada Berkas Rekam Medis atau barang - barang yang berhubungan dengan aktivitas pengelolaan rekam medis sudah rutin dilakukan			
	7	Tempat Penyimpanan yang teratur	Semua barang berkas rekam medis, <i>Tracer</i> , <i>outguide</i> peralatan yang berkaitan dengan aktivitas petugas sudah disimpan sesuai pada tempatnya			
	8	<i>Filling</i> , Dokumentasi	<i>E-Filling</i> rekam medis sudah tertata rapi dan mudah untuk diakses oleh petugas (jika terdapat sistem penyimpanan rekam medis elektronik)			
	9	Area Kerja Petugas	Semua barang yang berkaitan dengan pengelolaan berkas rekam medis (perkakas seperti alat tulis, heker, pembolong kertas, tracer, outguide, status rekam medis dll) sudah diletakkan sesuai dengan areanya			
Shine/ Seiso/ Rapi (Pembersihan)	10	Peralatan	Tempat sampah sudah cukup, teridentifikasi dan sesuai dengan penggunaannya			
	11	Tanggung jawab kebersihan	Terdapat rotasi atau sistem shift untuk kebersihan pada area kerja			

	12	APD petugas (Masker, <i>Handrub</i> , dll)	Petugas selalu memakai dan menjaga kebersihan APD (seperti masker dan <i>handrub</i>) saat melakukan aktivitas pengelolaan rekam medis dalam ruangan dan selama berada dalam area rumah sakit			
	13	Perawatan Fasilitas pada bagian penyimpanan rekam medis	Terdapat aktivitas pembersihan berkas rekam medis pada rak secara rutin (tujuan: untuk mengurangi debu pada rak) serta terdapat perawatan pada rak secara rutin			
Standardize / Seiketsu / Rawat (Pemantapan)	14	Menjaga sikap 5S / 5R(Ringkas, Rapi, Rajin, Resik, Rawat)	Ada upaya dalam mekanisme kerja untuk menerapkan sikap kerja 5S serta selalu berupaya untuk melaksanakan sikap 5S dengan baik pada pengelolaan berkas rekam medis			
	15	Semangat dan pemahaman 5S / 5R(Ringkas, Rapi, Rajin, Resik, Rawat)	Petugas Pernah Mendapatkan Pelatihan, seminar atau webinar mengenai pengenalan dan cara penerapan sikap kerja 5S			
	16	Lingkungan	Kondisi Lingkungan secara umum baik termasuk pada sistem pencahayaan dan udara ruangan			
Sustain / Shitsuke / Rajin (Pembiasaan)	17	Peraturan Busana	Terdapat peraturan mengenai sistem pakaian yang harus digunakan			
	18	Ketepatan Waktu	Petugas selalu mengikuti aturan yang ditetapkan mengenai waktu pengembalian rekam medis dan pendistribusian rekam medis ke poliklinik			

	19	Pengulangan Sikap Kerja 3S	Petugas rutin melakukan pemilahan terhadap barang yang diperlukan dengan yang tidak diperlukan, menjaga kebersihan area kerja, rutin melakukan retensi arsip rekam medis, meletak barang – barang terkait pengelolaan rekam medis sesuai pada area/ tempatnya			
--	----	----------------------------	---	--	--	--

B. Produktivitas Kerja

Produktivitas Kerja Petugas	No	Aspek	Pernyataan	YA	TIDAK	Keterangan
Faktor Personal	1	Pelatihan	Petugas pada bagian penyimpanan unit rekam medis pernah mendapatkan serta mengikuti kegiatan pelatihan berkaitan dengan unit rekam medis yang diselenggarakan oleh pihak rumah sakit			
	2	Pengetahuan	Petugas pernah mendapatkan pengarahan mengenai pengetahuan tentang sikap kerja 5S			
	3	Motivasi	Pemimpin pernah memberi motivasi dan dukungan kepada petugas untuk membantu meningkatkan semangat kerja petugas			
	4	Komitmen	Petugas tidak menjaga kualitas hasil pekerjaan (yang berkaitan dengan aktivitas pengelolaan rekam medis)			
Faktor Kepemimpinan	5	Dorongan & Motivasi	Pemimpin (Koordinator ruangan, Kepala ruangan, kepala instalasi, direktur) memberikan arahan dan dukungan dengan baik terhadap kinerja petugas unit rekam medis			
	6		Pemimpin (Koordinator ruangan, Kepala ruangan, kepala instalasi, direktur) memberikan <i>Reward</i> kepada petugas yang memberikan kinerja terbaik			

	7		Pemimpin mendengar dan memberikan respon cepat terhadap keluhan yang disampaikan petugas			
Kerjasama Tim	8	Keterjalinan Hubungan kerja	Petugas saling menjalin hubungan baik antar satu sama lain (baik dengan sesama petugas bagian penyimpanan maupun dengan petugas dari unit lain)			
	9	Komunikasi antar rekan kerja	Petugas selalu bertanya kepada rekan kerja yang lebih berpengalaman jika tidak tahu mengenai suatu pekerjaan yang diberikan			
	10		Petugas menjaga komunikasi antara rekan kerja dengan baik agar tidak terjadi miskomunikasi dalam penyampaian informasi			
	11	Penyampaian Informasi	Petugas menyampaikan informasi pekerjaan dengan benar antar sesama rekan kerja			
Sistem (Prosedur yang diterapkan rumah sakit / SOP)	12	Peraturan kerja	Terdapat Peraturan kerja yang mendukung terciptanya lingkungan kerja yang mendukung dan kondusif			
	13	Ketepatan Waktu	Masih ada petugas yang masuk kerja tidak tepat pada waktunya (berdasarkan dengan peraturan yang telah ditetapkan)			
	14		Petugas selalu mengikuti aturan yang ditetapkan mengenai waktu pengembalian rekam medis dan pendistribusian rekam medis ke poliklinik			

Pedoman Wawancara (Terstruktur)
Penerapan sikap kerja 5S terhadap produktivitas kerja
Petugas bagian penyimpanan unit rekam medis
RSUD Arifin Achmad Provinsi Riau

No	KODE	Pertanyaan	Jenis Pertanyaan	5S	Produktivitas Kerja
1.	K1	Apakah sebelumnya Metode Sikap kerja 5S / 5R (Ringkas, Rapi, Rajin, Resik, Rawat) pernah diterapkan atau dijalankan pada bagian penyimpanan unit rekam medis RSUD Arifin Achmad?	UTAMA	Keseluruhan aktivitas sikap 5S (penekanan utama pada aspek <i>Standardize & Sustain</i>)	Faktor personal, Faktor Sistem, Faktor kerjasama tim
3.		Apakah penilaian kinerja petugas pada unit rekam medis rutin dilakukan?	UTAMA	Aspek <i>Sustain</i>	Faktor Sistem
4.		Bagaimana penerapan sikap kerja 5S / 5R pada aktivitas pengelolaan rekam medis bagian penyimpanan?	UTAMA	Aspek <i>Sort, Straighten, Shine, Standardize, Sustain</i>	Faktor personal, Faktor kepemimpinan, Faktor Sistem, Faktor kerjasama tim
5.		Bagaimana penilaian kinerja petugas unit rekam medis? (menggunakan metode atau cara seperti apa serta hasil penilaian kinerja petugas)	UTAMA	Aspek <i>Standardize dan Sustain</i>	Faktor Sistem
6.		U1, U2, U3, U4, U5, U6, U7	Masalah apa yang sering anda jumpai (terkait aktivitas pengelolaan berkas rekam medis) pada bagian penyimpanan unit rekam medis?	UTAMA	Aspek <i>Sort, Straighten, Shine, Standardize, Sustain</i>
7.	K1, U1	Apakah ada permasalahan pada unit rekam medis terutama pada bagian penyimpanan yang tidak dapat diselesaikan?	UTAMA	Aspek <i>Sort, Straighten, Shine, Standardize, Sustain</i>	Faktor personal, Faktor Sistem, Faktor kerjasama tim

8.		Bagaimana anda membuat penyelesaian masalah yang terjadi pada unit rekam medis terutama pada bagian penyimpanan? (misalnya: permasalahan kekurangan tenaga kerja)	UTAMA	Aspek, <i>Standardize</i> , <i>Sustain</i>	Faktor kepemimpinan, Faktor Sistem, Faktor kerjasama tim
10.	K1, U1	Apakah ada peraturan atau kebijakan dari rumah sakit yang membantu untuk meningkatkan produktivitas petugas unit rekam medis?	UTAMA	Aspek <i>Standardize</i>	Faktor kepemimpinan dan Faktor Sistem
11.		Bagaimana peran anda sebagai Kepala Instalasi / Kepala Ruang/ Koordinator dalam membantu meningkatkan produktivitas kerja petugas unit rekam medis?	UTAMA	Aspek <i>Standardize</i> dan <i>Sustain</i>	Faktor kepemimpinan
12	U1, U3, U4, U5, U6, U7	Bagaimana Kondisi Kebersihan area kerja bagian penyimpanan unit rekam medis?	UTAMA	Aspek <i>Shine</i>	Faktor personal

Lampiran 13 Hasil Observasi

1. Sikap Kerja 5S

5S	No	Aspek	Pernyataan	YA	TIDAK	KETERANGAN
Sort / Seiri / Ringkas (Pemilahan)	1	Berkas dan peralatan pengelolaan Rekam Medis	Petugas rutin melakukan pemilihan dan pemindahan pada arsip rekam medis in aktif dari rak arsip rekam medis yang aktif untuk disimpan di rak arsip rekam medis in aktif sesuai dengan jadwal retensi arsip. (P.aktif)		√	Petugas belum melakukan pemindahan (mengeluarkan) berkas rekam medis in aktif dari rak aktif secara rutin / sesuai jadwal retensi arsip. Petugas mengeluarkan berkas rekam medis in aktif dari rak aktif hanya ketika kondisi rak sudah penuh. Hal ini disebabkan karena beberapa faktor seperti sudah terlalu banyak menyusun berkas di rak sehingga petugas menjadi kurang fokus dalam bekerja, kelelahan (terutama pada waktu siang hingga sore) serta seharusnya ada petugas khusus yang melakukan tugas sortir pemisahan berkas in aktif dari rak aktif namun karena terdapat masalah lain yaitu kekurangan tenaga sehingga mengharuskan setiap petugas yang memegang rak yang harus melakukan tugas sortir.
	2		Tindakan pemisahan Peralatan yang sudah rusak dan tidak terpakai lagi rutin dilakukan (Terutama peralatan yang tidak berkaitan dengan aktivitas pengelolaan berkas rekam medis).		√	Masih dijumpai barang - barang yang tidak digunakan lagi pada area kerja utama petugas seperti berkas in aktif masih banyak terdapat di lantai area penyimpanan aktif selain itu terdapat sepeda elektrik (transportasi petugas untuk mengantar berkas rekam medis ke poli) yang sudah rusak/ tidak dipakai lagi pada area penyimpanan aktif (sepeda ini terletak di samping pintu masuk ke dalam area penyimpanan berkas rekam medis aktif)

	3		Rutin dilakukan tindakan Sortir Berkas (P.inaktif)		√	
	4		Berkas rekam medis inaktif yang sudah tersimpan pada rak inaktif lewat dari 2 tahun serta sudah tidak digunakan lagi (untuk berobat ulang pasien) rutin dimusnahkan sesuai dengan batas waktu penyimpanan berkas inaktif menurut peraturan Rumah Sakit		√	(Observasi partisipatif pada tanggal 02 & 03 Juni) Masih banyak berkas inaktif terutama dari tahun 2014 kebawah belum bisa dimusnahkan, hal ini terjadi karena proses pemusnahan memakan waktu yang cukup panjang dan berbelit (harus ada izin layak dimusnahkan dari badan pertelaan arsip nasional) serta jumlah tenaga yang kurang
	5	Alat tulis kantor dan Media Penyimpanan Rekam Medis	Semua barang (<i>Hard</i> maupun <i>Softfile</i>) diberi identitas terutama untuk berkas rekam medis dan barang yang berkaitan dengan aktivitas pengelolaan berkas rekam medis serta untuk barang yang tidak digunakan diberi tanda untuk penanganan	√		Tidak dijumpai pemberian tanda pada barang yang sudah tidak digunakan. Contohnya pada sepeda elektrik (transportasi distribusi rekam medis ke poli). Untuk barang yang masih digunakan hanya diberi label berupa no seri barang beserta kepemilikan ruangan tertentu. jika ada barang yang rusak petugas hanya langsung menghubungi pihak terkait untuk mengganti dan mengambil barang yang rusak untuk diperbaiki.
<i>Straighten / Seiton / Rapi (Penataan)</i>	6	<i>Labelling</i> identitas pada penyimpanan	Pemberian identitas atau label pada Berkas Rekam Medis atau barang - barang yang berhubungan dengan aktivitas pengelolaan rekam medis sudah rutin dilakukan	√		Untuk barang yang masih digunakan hanya diberi label berupa no seri barang beserta kepemilikan oleh ruangan tertentu
	7	Tempat Penyimpanan yang teratur	Semua barang baik berkas rekam medis, <i>Tracer</i> , peralatan yang berkaitan dengan aktivitas petugas sudah disimpan sesuai pada tempatnya		√	Masih dijumpai banyak berkas rekam medis aktif maupun inaktif yang terletak di lantai / di luar rak penyimpanan. Serta banyak tumpukan berkas rekam medis in aktif yang terletak di area penyimpanan aktif.
	8	<i>Filling</i> , Dokumentasi	<i>E-Filling</i> rekam medis sudah tertata rapi dan mudah untuk diakses		√	Bagian penyimpanan unit rekam medis RSUD Arifin Achmad belum memiliki

			oleh petugas (jika terdapat sistem penyimpanan rekam medis elektronik)			sistem rekam medis elektronik. Sistem yang terdapat dan digunakan oleh petugas adalah berupa sistem distribusi rekam medis, sistem pelacakan posisi rekam medis serta sistem pencetakan tracer rekam medis secara otomatis dan manual.
	9	Area Kerja Petugas	Semua barang yang berkaitan dengan pengelolaan berkas rekam medis (perkakas seperti alat tulis, heker, pembolong kertas, tracer, outguide, status rekam medis dll) sudah diletakkan sesuai dengan areanya		√	Peletakan barang/ perkakas yang berkaitan dengan pengolahan berkas rekam medis sebagian besar diletakkan pada tempatnya serta dekat dengan area kerja petugas seperti alat tulis, penggaris, heker, pembolong kertas yang diletak dalam 1 kaleng di atas meja disamping komputer tempat petugas bekerja. namun beberapa outguide masih terlihat pada rak terbuka yang fungsinya untuk menahan berkas agar tidak jatuh (bukan sebagai penanda status rekam medis keluar). selain itu masih banyak tumpukan berkas rekam medis yang terletak di luar rak yaitu di lantai dan di atas rak penyimpanan tertutup (rak Roll O Pack).
Shine/ Seiso/ Rapi	10	Peralatan Kebersihan	Tempat sampah sudah cukup, teridentifikasi dan sesuai dengan penggunaannya		√	Bagian Penyimpanan aktif memiliki jumlah tempat sampah sebanyak 3 buah pada area rak penyimpanan berkas dan 1 buah pada area distribusi berkas
	11	Tanggung jawab kebersihan	Terdapat rotasi atau sistem shift untuk kebersihan pada area kerja		√	Tidak terdapat sistem rotasi kebersihan pada bagian penyimpanan unit rekam medis, hal ini disebabkan karena petugas kebersihan hanya 1 orang dan dengan petugas yang sama merangkap tugas menjadi petugas pendaftaran. Petugas membersihkan area rekam medis sebanyak 2 kali sehari yaitu pagi dan sore.

	12	APD petugas (Masker, Handrub, dll)	Petugas selalu memakai dan menjaga kebersihan APD (seperti masker dan <i>handrub</i>) saat melakukan aktivitas pengelolaan rekam medis dalam ruangan dan selama berada dalam area rumah sakit		√	Masih dijumpai hampir sebagian petugas yang membawa masker namun tidak menggunakan masker ketika melakukan aktivitas pengelolaan berkas rekam medis dan ketika berbicara dengan pasien dan petugas dari poli lain.
	13	Perawatan Fasilitas pada bagian penyimpanan rekam medis	Terdapat aktivitas pembersihan berkas rekam medis pada rak secara rutin (tujuan: untuk mengurangi debu pada rak) serta terdapat perawatan pada rak secara rutin		√	Tidak terdapat aktivitas pembersihan khusus pada rak penyimpanan berkas. Area yang hanya dibersihkan oleh petugas yaitu hanya pada lantai area penyimpanan (aktif dan in aktif)
Standardize / Seiketsu / Rawat (Pemantapan)	14	Menjaga sikap 5S / 5R(Ringkas, Rapi, Rajin, Resik, Rawat)	Ada upaya dalam mekanisme kerja untuk menerapkan sikap kerja 5S serta selalu berupaya untuk melaksanakan sikap 5S dengan baik pada pengelolaan berkas rekam medis		√	Petugas belum melakukan secara rutin aktivitas pemindahan berkas rekam medis in aktif dari rak aktif, Petugas yang masih kurang menjaga kebersihan karena masih banyak terdapat sampah kertas (bon peminjaman berkas / tracer) di lantai, petugas masih kurang disiplin / belum masuk kerja sesuai waktu yang telah ditetapkan, petugas belum pernah mendapatkan seminar ataupun pelatihan mengenai sikap kerja 5S, Masih sering terjadi kesalahan tata letak berkas yang tidak sesuai no urutan rekam medis pada rak sehingga menyulitkan petugas ketika mencari berkas.
	15	Semangat dan pemahaman 5S / 5R(Ringkas, Rapi, Rajin, Resik, Rawat)	Petugas Pernah Mendapatkan Pelatihan, seminar atau webinar mengenai pengenalan dan cara penerapan sikap kerja 5S		√	Petugas belum pernah mendapatkan seminar ataupun pelatihan mengenai sikap kerja 5S. Kemungkinan pernah di beri penerangan secara lisan oleh bagian mutu terhadap petugas terdahulu/ petugas lama namun ini belum terjadi merata kepada seluruh petugas (berdasarkan keterangan yang

						disampaikan sebagian besar petugas menyatakan mereka belum pernah mendapatkan penjelasan mengenai sikap kerja 5S)
	16	Lingkungan	Kondisi Lingkungan secara umum baik termasuk pada sistem pencahayaan dan udara ruangan		√	Terdapat satu buah ventilasi udara namun tidak bisa berfungsi karena sudah tertutup dengan bangunan penyimpanan in aktif selain itu kondisi fasilitas pendingin ruangan/ AC yang sudah tidak berfungsi baik menyebabkan udara dalam ruangan penyimpanan aktif terasa cukup panas. hal ini dapat menurunkan kenyamanan kerja petugas selain itu mengakibatkan kondisi berkas menjadi semakin berdebu
<i>Sustain / Shitsuke / Rajin (Pembiasaan)</i>	17	Peraturan Busana	Terdapat peraturan mengenai sistem pakaian yang harus digunakan		√	Untuk Pegawai Negari Sipil (PNS): Senin - Rabu menggunakan busana coklat PNS, Rabu menggunakan busana Putih PDH. Sementara untuk Pegawai Non PNS, Senin - Rabu menggunakan baju putih PDH dan untuk hari Kamis dan Jumat baik pegawai PNS maupun Non PNS menggunakan busana yang sama yaitu: Kamis menggunakan busana batik dan Jumat menggunakan busana melayu.

	18	Ketepatan Waktu	Petugas selalu mengikuti aturan yang ditetapkan mengenai waktu pengembalian rekam medis dan pendistribusian rekam medis ke poliklinik		<p>√</p> <p>Terdapat beberapa masalah pada kegiatan Pendistribusian seperti kesalahan dalam meletak berkas pada keranjang poli lain (yang bukan poli tujuan) namun ini terjadi dalam jumlah sedikit, masih terdapat komplain dari pasien terhadap keterlambatan berkas sampai di poli hal ini disebabkan karena jumlah petugas yang mengantar berkas ke poli hanya 1 orang serta membutuhkan waktu untuk mengantar berkas dari poli yang satu ke poli yang lainnya. Pengembalian berkas rekam medis dari poliklinik rawat jalan dilakukan tepat waktu, namun pengembalian dari rawat inap yang sering mengalami keterlambatan dikarenakan proses pengobatan pasien yang lebih panjang dibandingkan dengan pasien rawat jalan..</p>
	19	Pengulangan Sikap Kerja 3S	Petugas rutin melakukan pemilahan terhadap barang yang diperlukan dengan yang tidak diperlukan, menjaga kebersihan area kerja, rutin melakukan retensi arsip rekam medis, meletak barang – barang terkait pengelolaan rekam medis sesuai pada area/ tempatnya		<p>√</p> <p>Petugas tidak rutin melakukan pemilahan terhadap barang yang diperlukan dengan yang tidak diperlukan, petugas melakukan pemisahan barang yang sudah rusak ketika terlihat dengan petugas saat melakukan aktivitas. Misal pada status rekam medis pasien terdapat tracer lama yang sudah tidak terpakai lagi, tracer ini baru dibuang ketika terlihat dengan petugas saat petugas melakukan aktivitas distribusi dan hal ini juga jika petugas mendapati tracer terletak pada halaman paling depan status rekam medis, jika tidak terlihat oleh petugas maka tracer tidak akan dibuang. Petugas juga tidak rutin melakukan retensi berkas, petugas mengeluarkan berkas</p>

						inaktif dari rak aktif ketika rak sudah penuh hal ini juga yang membuat rak menjadi cepat rusak, banyak tumpukan berkas rekam medis yang terletak tidak sesuai dengan tempatnya (berada di luar rak seperti di lantai dan di atas rak tertutup).
--	--	--	--	--	--	--

2. Produktivitas Petugas

Produktivitas kerja petugas	No	Aspek	Pernyataan	YA	TIDAK	KETERANGAN
Faktor Personal	1	Pelatihan	Petugas pada bagian penyimpanan unit rekam medis pernah mendapatkan serta mengikuti kegiatan pelatihan berkaitan dengan unit rekam medis yang diselenggarakan oleh pihak rumah sakit		√	Tidak pernah diberi pelatihan khusus untuk bagian rekam medis

	2	Pengetahuan	Petugas pernah mendapatkan pengarahan mengenai pengetahuan tentang sikap kerja 5S		√	Rata - rata petugas belum pernah mendapatkan pengarahan sikap kerja 5S walaupun di ruangan penyimpanan terdapat media visual sikap kerja 5S, berdasarkan hasil wawancara singkat kepada petugas penyimpanan hampir keseluruhan petugas tidak mengetahui apa itu sikap kerja 5S namun ada salah satu petugas yang pernah mendapatkan pengarahan mengenai sikap kerja 5S dari pihak manajemen ketika melakukan penempelan poster tetapi ini sudah lama sekali tidak dilakukan kembali atau pengarahan hanya dilakukan sekali saja ketika penempelan poster sikap kerja 5S dan itu juga tidak merata ke seluruh petugas bagian penyimpanan.	
	3	Motivasi	Pemimpin pernah memberi motivasi dan dukungan kepada petugas untuk membantu meningkatkan semangat kerja petugas		√	Dukungan yang diberikan berupa kata - kata motivasi tidak dalam bentuk upah bayaran.	
	4	Komitmen	Petugas tidak menjaga kualitas hasil pekerjaan (yang berkaitan dengan aktivitas pengelolaan rekam medis)		√	√	Rata - rata petugas sering mengalami salah dalam penyusunan berkas/status rekam medis di rak aktif. Kesalahan yang dilakukan yaitu seperti salah dalam menyusun berkas dengan meletak berkas tidak sesuai dengan nomor urutan berkas. Selain itu masalah lainnya yaitu petugas belum rutin melakukan retensi pada berkas rekam medis aktif sehingga hal ini yang membuat kondisi rak penuh dan berdasarkan hasil komunikasi dengan beberapa petugas bahwa dalam 1 tahun ada terjadi kerusakan rak yaitu rak tidak

						bisa dibuka karena isi rak yang sudah penuh dan terlalu berat.
Faktor Kepemimpinan	5	Dorongan & Motivasi	Pemimpin (Koordinator ruangan, Kepala ruangan, kepala instalasi, direktur) memberikan arahan dan dukungan dengan baik terhadap kinerja petugas unit rekam medis	√		
	6		Pemimpin (Koordinator ruangan, Kepala ruangan, kepala instalasi, direktur) memberikan <i>Reward</i> kepada petugas yang memberikan kinerja terbaik		√	
	7		Pemimpin mendengar dan memberikan respon cepat terhadap keluhan yang disampaikan petugas	√		
Kerjasama Tim	8	Keterjalinan Hubungan kerja	Petugas saling menjalin hubungan baik antar satu sama lain (baik dengan sesama petugas bagian penyimpanan maupun dengan petugas dari unit lain)	√		
	9	Komunikasi antar rekan kerja	Petugas selalu bertanya kepada rekan kerja yang lebih berpengalaman jika tidak tahu mengenai suatu pekerjaan yang diberikan	√		
	10		Petugas menjaga komunikasi antara rekan kerja dengan baik agar tidak terjadi miskomunikasi dalam penyampaian informasi	√		

	11	Penyampaian Informasi	Petugas menyampaikan informasi pekerjaan dengan benar antar sesama rekan kerja	√		
Sistem (Prosedur yang diterapkan rumah sakit / SOP)	12	Peraturan kerja	Terdapat Peraturan kerja yang mendukung terciptanya lingkungan kerja yang mendukung dan kondusif		√	Terdapat peraturan mengenai penghargaan terhadap jasa pelayanan untuk seluruh petugas rumah sakit (untuk per unit), namun peraturan mengenai pemberian <i>reward terhadap petugas dengan kinerja terbaik belum ada</i>
	13	Ketepatan Waktu	Masih ada petugas yang masuk kerja tidak tepat pada waktunya (berdasarkan dengan peraturan yang telah ditetapkan)	√		
	14		Petugas selalu mengikuti aturan yang ditetapkan mengenai waktu pengembalian rekam medis dan pendistribusian rekam medis ke poliklinik	√	√	Masih terdapat masalah pada proses distribusi yaitu berupa keterlambatan pengantaran berkas ke poli karena berkas yang belum dikembalikan ke bagian penyimpanan. Masalah ini cukup sering terjadi pada peminjaman berkas dari unit rawat inap dikarenakan proses pengobatan pasien yang panjang sehingga membuat petugas medis pada unit rawat inap membutuhkan peminjaman berkas lebih lama dibandingkan pada petugas unit rawat jalan. rata - rata lama peminjaman berkas oleh unit rawat inap adalah berkisar 2-3 hari. peminjaman berkas yang sudah lewat dari waktu yang sudah ditentukan sudah mendapatkan izin dari koordinator bagian penyimpanan aktif.

Lampiran 14 Matriks Wawancara

MATRIKS WAWANCARA MENDALAM

Matriks Wawancara In Depth Interview (Bagian Penyimpanan Aktif Unit Rekam Medis)						
Sesi I						
Tanggal & Waktu Wawancara	Kode Informan	Umur Informan	Pengalaman Kerja Informan	Pertanyaan		Jawaban
				Terstruktur	Tidak Terstruktur	
04/07/2022 (Waktu mulai pukul 14.30 WIB, Durasi: 30 Menit)	U3	35	9 Th (sejak tahun 2014 di bagian penyimpanan aktif)	1. Masalah apa yang sering anda jumpai (terkait aktivitas pengelolaan berkas rekam medis) pada bagian penyimpanan unit rekam medis?		1. "Kalo masalah yang paling sering ya kaya masalah salah susun, jadi berkas itu disusun dari nomor ujung rekam medis yang terkecil kalo naronya itu ga berurutan sesuai nomor rekam medisnya nanti pas nyari berkasnya sulit dan jadi lama waktunya. Abang paling sering kerja di bagian rak dari dulu. Terus masalah salah antar tapi itu sesekali sih ga sering paling dalam sehari itu ada lah sekali gitu. Terus kalo masalah lainnya yang sering dialami itu banyak yang berhubungan di area rakkaya salah susun tadi sama masalah rak rusak, ga bisa kebuka karena terlalu berat jadi gagang pemutarnya itu 'los' sama di bagian rantai bawahnya, kalo udah los kaya gitu rak nya jadi gabisa dibuka berkasnya jadi ga bisa diambil juga jadi waktu pengambilan berkas yang makin lama. Tapi kalo masalah rak rusak ini ga terlalu sering sih kadang 6 bulan sekali ada nih masalah rak rusak atau dalam satu tahun itu ada biasanya masalah rak yang gabisa kebuka. kalo masalah lainnya tapi ga terlalu sering itu kaya kendala di sistem ya dek, misal dalam pencetakan tracer jadi kadang ada tu tracer yang ga kecetak otomatis soalnya kan kalo sistem pencetakan tracer kita otomatis ada pasien berobat tracer nya langsung kecetak sendiri tapi kadang ada juga masalah tracernya ga kecetak gara - gara gangguan di sistem jadi kalo udah tracernya ga kecetak ya kita gabisa nyari berkasnya. fasilitas di bagian penyimpanan nih terutama penyimpanan aktifitu juga kurang menurut abang. kaya ini banyak adek liat berkas kita di luar kan, 'a itu juga karena rak lagi penuh gaada tempat lagi kan mau naro ya terpaksa la di taro di luar dulu ntah itu di lantai ato ndak di atas rak ni. kita ada ac tapi ac nya ga dingin ya kaya yang adek rasain pas selama praktek kemaren disini. ruangnya jadi agak panas ya dan kalo

					<p>menurut abang sih itu cukup mengganggu jadi kurangnya kenyamanan dalam bekerja gitu..."</p>
				2. Bagaimana Kondisi Kebersihan area kerja bagian penyimpanan unit rekam medis?	<p>2. "ehm..kalo menurut abang kebersihannya kurang sih masih banyak debu di rak terus sampah ya bisa adek liat lah ya sampah - sampah bekas tracer itu kadang kami itu mau cepat atau ada juga terjatuh di lantai jadi nunggu cs bersihin aja, terus disini juga ada banyak tikus sih. abang berapa kali ngeliat tikus dekat sela-sela bawah rak ni"</p>
				3. Apakah anda turut ikut membantu menjaga kebersihan pada area kerja anda? Jika ada apa yang ada lakukan?	<p>3. "ohh kalo itu iyalah, kalo abang nampak tracer yang ndak dipake ya abang buang langsung ke tempat sampah. Paling kalo jaga kebersihan ya gitu aja ga buang sampah sembarangan buang di tempatnya"</p>
				4. Apakah anda selalu mengikuti peraturan yang diterapkan di rumah sakit terutama pada bagian penyimpanan?	<p>4. "kalo peraturan ya kaya peraturan waktu masuk sama pulang itu abang ngikutin tapi pernah juga abang datang telat karena ada keperluan ya tapi kalo datang telat kami emang harus konfirmasi ke kak leni. Kalo peraturan selain waktu kaya misalnya peraturan mengenai busana itu emang harus kita ikutin dek setau abang kaya misalnya untuk PNS itu hari senin-selasa pake baju cokelat, rabu pake putih PDH, kamis pake batik, jumat pake melayu. kalo untuk Non PNS itu hari kamis sama jumat nya sama - sama pake baju batik dan melayu, perbedaannya itu untuk hari senin - rabupake baju putih PDH."</p>
07/07/2022 (Waktu: 14.00 - 14.45 WIB, Durasi: 45 Menit)	U4	41	12 Th (Sejak tahun 2009 di bagian penyimpanan aktif)	1. Masalah apa yang sering anda jumpai (terkait aktivitas pengelolaan berkas rekam medis) pada bagian penyimpanan unit rekam medis?	<p>1. "kakak kerja di rak itu satu tahun terus di loket masalah lebih dari 5 tahun. Masalah yang sering kakak alami itu status yang ga ketemu di rak ya itu sih biasanya karena salah susun atau gak emang status nya yang belum dibalikin dari poli atau statusnya lagi dipinjam sama petugas dari rawat inap. Kalo masalah status yang ga ketemu ini sih belum pernah sih sampai statusnya itu hilang sampe gabisa ketemu, kalo emang salah susun palingan nanti pas dicek dan diliat lagi dirak nanti ketemu cuma ya itu waktunya jadi lama. selain itu kaya masalah rak rusak sama AC nya yang ga dingin itu cukup mengganggu bagi kakak. kalo rak rusak itu buat kerjaan makin lama karena raknya gabisa dibuka otomatis berkas gabisa diambil. tapi kejadian rak rusak itu ga setiap bulan juga cuma adalah dalam</p>

					<p>beberapa bulan sekali kejadian kaya gitu. terus masalah sistem tracer karena jaringan yang keganggu karena gangguan di sistem tracernya bisa ga kecetak, kalo tracer ga kecetak ya berarti kita petugas gabisa nyari berkas pasien jadi waktu distribusi nanti yang jadi lama. terus masalah lainnya itu kaya peralatan yang kurang ya misalnya kaya outguide kita itu kurang jadi ada beberapa berkas yang ngegunain tracer aja buat nandain berkas yang keluar karena outguide kita itu udah banyak juga yang rusak dek."</p>
				Seiri/ Sort	
				3. Apakah anda rutin melakukan aktivitas retensi arsip rekam medis serta mengeluarkan berkas in aktif dari rak aktif sesuai jadwal retensi arsip?	3."ehm nggak juga sih dek, kalo tenampak aja sama kalo lagi gaada kerjaan udah santai lah gitu ga sibuk lagi baru kakak keluarin berkas inaktif dari rak aktif."
				4. Apakah anda rutin melakukan kegiatan pemilihan dan pemisahan terhadap barang - barang yang sudah tidak digunakan lagi? (yang berkaitan dengan aktivitas pengelolaan berkas rekam medis)	4. " Rutin lah kalo ada barang yang gabisa kepake lagi ya dibuang misal kaya pena, outguide, kertas-kertas yang uda ga kepake kaya tracer."
				Store/Straighten	
				5. Barang - barang apa yang sering anda gunakan ketika melakukan aktivitas pengelolaan berkas rekam medis?	5." barang yang sering dipake itu kaya ini outguide terus pena, heker, pelubang kertas penggaris sama spidol."

				6. Bagaimana anda melakukan personalisasi terhadap barang - barang yang sering anda gunakan?	6."ya... paling habis make barangnya itu langsung dikembalikan ke tempatnya sih palingan kalo barang yang berkaitan dengan aktivitas kerja yang sering hilang itu kaya pena makanya kakak juga ada bawa pena sendiri dari rumah Cuma ya tetap sering make pena yang ada disini juga, pena sih yang paling sering kakak gunain jadi kalo pena punya penyimpanan setiap habis makai kakak taro di tempatnya di kaleng seperti biasa kalo pena kakak ya kakak bawa terus."
				7. Apakah anda harus berjalan jauh ketika mengambil barang yang sering anda gunakan dalam aktivitas pengelolaan berkas rekam medis?	7."ngga juga sih karena kami setiap habis makai itu emang ditaro di tempat seperti biasa Cuma kalo pena aja yang sering hilang tapi kalo kakak emang udah sediain pena bawa sendiri jadi ga sulit pas butuh buat kerja."
				Shine	
				8. Apakah anda ikut berpartisipasi dalam menjaga kebersihan area kerja anda?	8."ya..ikut sih buang sampah di tempatnya, kalo jaga kebersihan area kerja paling kaya gitu aja selebihnya itu bisanya ada cs yang bantu bersihkan."
				9. Bagaimana cara anda dalam berpartisipasi menjaga kebersihan area kerja anda?	9."kalo kakak paling itu aja buang sampah di tempatnya selebihnya itu cs yang tugasnya bersihkan area penyimpanan."
				Standardize	
				10. Apakah anda rutin melakukan kegiatan pemilahan antara barang yang digunakan dengan yang tidak, mengikuti peraturan tempat kerja, menjaga kebersihan hingga rutin	10."kalo kakak rutin, misal ni ada barang yang uda ga kepake lagi yakakak buang, untuk peraturan datang tepat waktu masih ada beberapa kali terlambat tapi uda kakak kabari ke kak leni kalo memang datang telat pernah juga dapat teguran ringan dari atasan karena datang terlambat, kalo untuk pakaian ya kakak ngikut terus sesuai dengan peraturan."

					mengulangi aktivitas-aktivitas tersebut?	
					Sustain	
					11. Apakah anda selalu mengikuti peraturan kerja pada unit rekam medis khususnya pada bagian penyimpanan (misalnya pada waktu kedatangan)?	11."iya kaya kakak sampaikan tadi kalo untuk peraturan waktu datang kerja beberapa kali kakak pernah datang terlambat terus kalo masalah pakaian insyallah mengikuti terus."
07/07/2022 (Waktu: 14.45 WIB - selesai, Durasi: 60 Menit)	U5	47	3 Th (pada bagian penyimpanan, di RSUD bekerja sejak tahun 2009)	1. Masalah apa yang sering anda jumpai (terkait aktivitas pengelolaan berkas rekam medis) pada bagian penyimpanan unit rekam medis?		1."Saya kerja di RSUD itu dari tahun 2009 tapi saya di rotasi terus awalnya di bagian keuangan terus pindah ke verifikator terus ke bagian pengklaiman BPJS setelah itu ke logistik dari logistik baru ke bagian penyimpanan aktif rekam medis, selama di bagian penyimpanan aktif saya lebih sering di bagian distribusi berkas ke poli, selain itu kegiatannya memang sudah dibagi sama kak leni jadi saya pernah mencari status di rak, sortir, cek tracer berkas udah sesuai dengan poli tujuan atau belum itu bisanya ketika sebelum distribusi.. Kendala yang biasanya dialami itu pasien yang salah daftar, itu biasanya karena dia banyak ganti poli jadi kejadiannya kalo sampai salah ngeliat tracer yang lama ya jadinya nanti salah antar ke poli lain, pasien yang kasian jadinya karena nunggu lama di poli karena berkasnya belum nyampe, sebelum pasien berobat seharusnya berkas itu sudah ada di poli tapi kalo ada kejadian salah antar ya itu jadinya makan waktu. kalo saya ketika terjadi salah antar ya saya balik lagi ke poli untuk ngambil berkasnya setelah itu baru saya antar ke poli tujuannya. selain itu ada juga masalah lain kaya berkasnya yang belum dibalikkan ke penyimpanan jadi berkasnya itu masih sama petugas di poli lain, masalah di rak penyimpanan itu yang sering terjadi kaya salah susun, dia antara dua ni kalo berkas gaada di rak bisa jadi ada dua kemungkinan penyebabnya pertama salah susun kedua berkas yang emang belum dibalikkan dari poli. biasanya kita cek kalo emang berkasnya masih di poli kita bisa cek di sistem berkas nya lagi ada dimana nanti koornya kak leni itu yang nelfon orang poli nanyain berkas yang belum di balekkan. nyari status di rak itu yang cukup lama waktunya kalo misal karena salah susun."

					Seiri/ Sort
				3. Apakah anda rutin melakukan aktivitas retensi arsip rekam medis serta mengeluarkan berkas in aktif dari rak aktif sesuai jadwal retensi arsip?	3."kalo saya karena saya juga ga jaga rak tugas saya itu memang paling sering di bagian pengantaran berkas jadi ga rutin ya, tapi pernah sesekali dulu di hari sabtu dan minggu saya dapat shift sore dan malam jadi pas waktu itu saya negluarin berkas inaktif dari rak aktif."
				4. Apakah pernah selama anda bekerja di bagian penyimpanan anda pernah tidak menjumpai berkas rekam medis pasien ketika dibutuhkan?	4."pernah tapi itu terjadi kalo pas ada pasien baru yang berkasnya memang belum ada dan belum dibuat dengan petugas pendaftaran ya kita disini yang buatin berkas yang baru untuk sementara nanti kalo misal ada ketemu berkas yang sudah dibuat oleh pendaftaran bisa digabungin jadi satu berkasnya."
				5. Apakah anda rutin melakukan kegiatan pemilihan dan pemisahan terhadap barang - barang yang sudah tidak digunakan lagi? (yang berkaitan dengan aktivitas pengelolaan berkas rekam medis)	5."insyaallah rutin ya kalo saya ada ngeliat barang yang rusak itu langsung saya laporkan ke kak leni nanti kak leni yang menghubungipihak terkait dan itu biasanya difoto dulu barangnya nanti baru dikirimke bagian rumah tangga untuk perbaiki alat yang rusak kalo memang masih bisa diperbaiki. laporan untuk alat atau peralatan yang rusak itu saya lapomya secara lisan aja ke kak leni."
					Store/Straighten
				6. Barang - barang apa yang sering anda gunakan ketika melakukan aktivitas pengelolaan berkas rekam medis?	6."ehm.. Kalo barang yang sering dipake ya kalo saya karena di bagian pengantaran ya paling kaya troli sama sepeda, buku laporan per poli untuk pencatatan keluar masuk berkas, kalo pas pengantaran dan pengembalian itu petugas bagian penyimpanan aktif yang catat di buku ekspedisinya. kalo kaya pena itu sering juga saya gunakan dan memang saya bawa sendiri untuk jaga - jaga ketika butuh tapi saya sering juga makai pena yang ada di atas meja kerja"

				7. Bagaimana anda melakukan personalisasi terhadap barang - barang yang sering anda gunakan?	7."kalo barang -barang yang sering saya pake kaya alat tulis, pembolong kertas dan lain lain yang terletak di area kerja itu setiap habis saya pinjam saya balikin lagi ke tempatnya itu pas udah selesai kegiatan, tapi pernah sekali saya minjam sepeda elaktrik punya unit farmasi buat ngantar berkas ke poli karena saat itu sepda elektrik kita lagi diperbaiki."
				8. Apakah anda harus berjalan jauh ketika mengambil barang yang sering anda gunakan dalam aktivitas pengelolaan berkas rekam medis?	8."belum pernah ya.. Saya kalo barang yang memang sering dipakai diletak memang dekat area yang biasa untuk pengantaran jadi ga jauh buat ngambil peralatan kaya pena, penggaris, pembolong kertas dll. Sampe sepeda elektrik."
				Shine	
				9. Apakah anda ikut berpartisipasi dalam menjaga kebersihan area kerja anda?	9."ya kalo masalah bersih - bersih itu cs yang biasanya ngebersihin ruangan ini dan itu 2 kali sehari. Kalo pagi sebelum kita datang itu cs biasanya udah datang duluan nyapu, ngepel ngebersihin ruangan nanti sebelum pulang juga sama kaya gitu juga, kalo saya sendiri juga jaga kebersihan di ruangan."
				10. Bagaimana cara anda dalam berpartisipasi menjaga kebersihan area kerja anda?	10."kalo cara saya ya ga buang sampah sembarangan buang sampah di tempatnya."
				Standardize	
				11. Apakah anda rutin melakukan kegiatan pemilahan antara barang yang digunakan dengan yang tidak, mengikuti peraturan tempat kerja, menjaga kebersihan hingga rutin mengulangi aktivitas-aktivitas tersebut?	11."kalo saya sendiri ya ga terlalu rutin mindahin berkas inaktif dari rak aktif selain itu kalo untuk barang - barang yang udah ga kepake lagi ya saya buang contohnya kaya tracer yang udah lama pas keliatan baru saya buang, untuk masalah kebersihan saya juga ikut jaga kebersihan."

					Sustain	
					12. Apakah anda selalu mengikuti peraturan kerja pada unit rekam medis khususnya pada bagian penyimpanan (misalnya pada waktu kedatangan)?	12."ee.. Kalo masalah peraturan itu saya pernah sekali ditegur karena datang terlambat tapi ditegur secara halus dan ga pernah sampai dapat surat teguran dari atasan.
08/07/2022 (Waktu: 14.25 WIB - selesai, Durasi: 60 Menit)	U6	31	1 Th (pada bagian penyimpanan)	1. Masalah apa yang sering anda jumpai (terkait aktivitas pengelolaan berkas rekam medis) pada bagian penyimpanan unit rekam medis?		1."Abang kerja di penyimpanan aktif ini baru satu tahun dek, sebelumnya abang di igd setelah itu rotasi ke bagian depan, dari depan baru abang disini di penyimpanan. Kalo untuk masalah yang sering ditemui itu kaya salah susun jadi ga sesuai dengan urutan nomor nya dalam seminggu itu biasa ada kaya gitu tapi bisa juga gaada, disini juga masih secara manual pake buku kan berkasnya belum secara elektronik, terus ya kalo udah salah susun nanti pas mau nyari berkas agak susah butuh waktu agak lama karena harus dicari dulu berkasnya dirak tapi sebelum itu biasanya kami cek dulu di sistem berkasnya emang lagi ada di rak atau memang masih di pinjam di poli. masalah lainnya itu kaya yang abang bilang tadi ya statusnya yang belum kembali dari bagian casemix akibatnya sih nanti ke pengantaran berkas jadi terlambat ke poli dan makan waktu juga sih. terus kalo lagi ada update server itu jaringan keganggu dan tracer gabisa kecetak, kalo tracer ga kecetak ya kami gabisa nyari berkas. biasanya kalo berkas gaada di ruangan itu berarti bisa jadi karena berkasnya emang lagi di casemix kalo ga masih di ruangan rawat tapi pasti kembali sih berkasnya belum pernah selama abang disini itu ada berkas yang sampe hilang. terus fasilitas pendingin ruangan disini itu udah rusak jadi panas ruangnya, kerja jadi kurang nyaman karena panas tadi."
				2. Bagaimana Kondisi Kebersihan area kerja bagian penyimpanan unit rekam medis?		2."Kalo menurut abang karena ini ruang penyimpanan berkas ya jadi tau ajalah gimana kan, banyak debu ditambah lagi disini pendingin ruangnya juga rusak.."
					Seiri/ Sort	

				3. Apakah anda rutin melakukan aktivitas retensi arsip rekam medis serta mengeluarkan berkas in aktif dari rak aktif sesuai jadwal retensi arsip?	3."Abang rutin sih, itu biasanya di kegiatan goro dek setiap sebulan sekali biasa ada tu. Kalo abang dalam 3 bulan terakhir ini rutin nngeluarin berkas inaktif itu dari rak nanti setelah dikeluarkan di letak di ruang penyimpanan inaktif di belakang, nanti mereka tu yang sortir berkasnya. kalo disini gaada kegiatan sortir karena tugasnya udah dibagi - bagi untuk tiap perbagian disini sama yang dibelakang..(penyimpanan inaktif). kalo yang disini itu tugasnya lebih ke distribusi berkasnya dek sama susunan berkas di rak sesuai nomor urutan rekam medisnya."
				4. Apakah anda rutin melakukan kegiatan pemilihan dan pemisahan terhadap barang - barang yang sudah tidak digunakan lagi? (yang berkaitan dengan aktivitas pengelolaan berkas rekam medis)	4."Ya.. Kalo abang ngikutin. misal kaya mengganti sampul berkas ya terus stiker nama di berkas itu kalo udah rusak abang ganti dengan print stiker nama yang baru terus ada ngeliat berkas yang nomor rekam medisnya udah ga kebaca lagi itu juga langsung abang ganti, ya tapi itu abang kerjain emang pas lagi keliatan sama abang pas lagi kerja."
				Store/Straighten	
				5. Barang - barang apa yang sering anda gunakan ketika melakukan aktivitas pengelolaan berkas rekam medis?	5 & 6."ehmm.. Barang yang sering dipake itu ya kaya pena, pembolong kertas yang memang ada disini. Kalo abang seringnya pakai barang - barang yang memang udah ada disini, kalo untuk pena itu abang ada juga bawa pena sendiri buat jaga - jaga tapi selalu abang bawa sih kalo yang punya abang sendiri ya itu setiap kerja abang kantongin terus, kalo pena sama barang barang yang milik sini (penyimpanan) itu setelah setiap habis pakai abang letak lagi di tempat semula di dalam kaleng itu. disini itu ya dek kalo misalnya kita ada kehabisan pena atau barang - barang lainnya itu nanti tinggal ngabari ke kak leni aja nanti kak leni yang ngabaribagian logistik terus nanti biasanya juga ada pakai formulir untuk barang apa aja yang mau diminta ke bagian logistik dan itu harus ada tanda tangan dari kak leni. kalo untuk barang barang alat tulis yang sering dipake kayak pena itu alhamdulillah kami sering kekurangan sih, karena kak leni biasanya ada nyediaan satu kotak pena jadi kalo memang udah habis pena ya tinggal minta aja ke kak leni, cuma itu ya karena pena itu kan semua orang make jadi ya pernah hilang juga."
				6. Bagaimana anda melakukan personalisasi terhadap	

				barang - barang yang sering anda gunakan?	
				7. Apakah anda harus berjalan jauh ketika mengambil barang yang sering anda gunakan dalam aktivitas pengelolaan berkas rekam medis?	<i>7."nggak juga sih, soalnya barang - barang yang sering abang pakai itu emang letaknya ya didalam ruangan ini aja di dekat abang lah kaya alat tulis, terus sepeda elektrik, troli jadi pas butuh ya tinggal ambil aja.."</i>
				Shine	
				8. Apakah anda ikut berpartisipasi dalam menjaga kebersihan area kerja anda?	<i>8 & 9."ya..kalo abang ngikutin misal kalo ada tracer yang kececer kan di lantai pas tenampak sama abang ya abang ambil terus liat tanggal nyakalo emang udah lama dan ga kepake lagi langsung abang buang ke tempat sampah. Terus kalo untuk outguide yang memang udah gabisa dipake lagi itu nanti dikumpulin diletak di lemari yang rak di depan itu nah nanti cs nya yang ngambil outguide yang udah rusak itu.."</i>
				9. Bagaimana cara anda dalam berpartisipasi menjaga kebersihan area kerja anda?	
				Standardize	
				10. Apakah anda rutin melakukan kegiatan pemilahan antara barang yang digunakan dengan yang tidak, mengikuti peraturan tempat kerja, menjaga kebersihan hingga rutin mengulangi aktivitas-aktivitas tersebut?	<i>10."iya kalo abang untuk milih barang yang udah ga kepake lagi itu pas abang jumpa ngeliat pas kerja aja, kalo jaga kebersihan ya rutinlah bantu bunagin tracer yang uda ga kepake lagi.. Tapi itu juga pas emang terlihat sama abang ya, untuk peraturan disini abang ngikutin kaya pakaian itu emang harus ngikutin sesuai peraturan terus kalo datang tepat waktu ya rutin tapi adalah beberapa kali abang terlambat karena ada keperluan, kalo emang datang telat abang selalu izin ke koor sih kak leni.."</i>
				Sustain	

					11. Apakah anda selalu mengikuti peraturan kerja pada unit rekam medis khususnya pada bagian penyimpanan (misalnya pada waktu kedatangan)?	11."iya kalo abang ngikutin, kaya busana itu abang selalu ngikutin sih sesuai jadwal yang udah dibuat misal hari senin sampe rabu pakai baju apa, kamis baju apa, jumat baju apa..kalo untuk datang tepat waktu itu adalah beberapa kali abang terlambat Cuma itu udah izin sama kak leni, pernah juga abang dapat teguran tapi tegurannya itu lebih ke ngasi tau secara baik - baik aja sih misal nih kaya mana surat sakitnya gitu kalo memang izin karena sakit, kalo teguran berat dari atasan alhamdulillah belum pernah.."
11/07/2022 (Waktu: 15.00 WIB - selesai, Durasi: 45 Menit)	U7	37	7 Th (di RSUD sejak tahun 2011)	1. Masalah apa yang sering anda jumpai (terkait aktivitas pengelolaan berkas rekam medis) pada bagian penyimpanan unit rekam medis?		1."ehmm... abang kerja disini uda 7 tahun kalo di RSUD udah dari tahun 2011, masalah yang sering dialami ya kalo banyak petugas yang ga masuk, kita kan sekarang ada pake shift malam ya jadi karena shift malam ini kalo petugas udah dapat shift malam besoknya dia gamasuk jadi karena itu kita jadi kekurangan petugas disini kerja juga jadi lumayan berat karena nambah kan kerjaan karena hanya beberapa petugas aja yang masuk apalagi kalo misalnya ditambah ada petugas yang izin atau cuti nah itu makin nambah lah tu beban kerja petugas yang masuk di hari itu. masalah lainnya ya kaya salah susun, letak berkasnya itu ga sesuai nomor urut jadi pas mau nyari itu nanti agak susah butuh waktu juga jadinya, kalo salah susun itu kalo abang ya itu biasalah petugas kalo udah kecapean kan jadi ga fokus lagi apalagi kalo kaya yang abang bilang tadi kerjaan numpuk gara gara banyak petugas yang gamasuk otomatis kerjaan kita ngerangkap jadi ngerjain kerjaan itu ga bisa maksimal gitu semuanya.. terus berkas yang gaada di rak itu bisanya masih di poli kalo berkas belum di balikin sama poli ya kita jadi gabisa ngantar berkasnya harus nunggu dulu dibalikin sama poli, biasanya sih kalo kaya gitu nanti kak leni yang nelfon ke poli nanya kapan berkasnya bisa dibalikin dan itu dampaknya ke pasien jadi nunggu lama karena pengantaran berkas juga jadi lama kan karena nunggu berkasnya dibalikin dulu sama poli. masalah lain itu kaya ada berkas yang belum tercatat di buku ekspedisi terus di bagian distribusi masalahnya salah masuk poli atau salah ngantar ya karena bisa jadi petugas yang salah baca tanggal di tracer karena biasanya dalam berkas itu ada lebih dari satu tracer, tracer yang lama itu belum dibuang jadi petugas salah ngeliat ya jadinya salah antar poli kalo udah salah antarpoli pasien yang nunggu lama di poli karena berkasnya belum nyampai di poli pasien berobat."

				2. Bagaimana Kondisi Kebersihan area kerja bagian penyimpanan unit rekam medis?		2."ya.. Seperti yang adek liat disini agak berantakan kan banyak berkas di lantai ini karena kita kekurangan rak terus masih lumayan banyak jugakan liat sampah kertas - kertas tracer sama label yang udah ga kepake, itu sih karena kami kadang terburu buru apalagi kalo pasien lagi rame itu kalo ada ngeliat tracer atau kertas yang udah ga kepake langsung dibuang, biasanya kalo kakak - kakak ini buangnya langsung ke tempat sampah tapi kalo misal kami lagi nyari berkas di rak dan ada jumpa tracer sama kertas dan label yang udah rusak ga kepake lagi itu kami buang, kalo lagi keburu - buru itu bawa berkas kadang juga kdertasnya jatuh dari berkas ya itusih yang buat jadi sampah di lantai.."
					Seiri/ Sort	
				3. Apakah anda rutin melakukan aktivitas retensi arsip rekam medis serta mengeluarkan berkas in aktif dari rak aktif sesuai jadwal retensi arsip?		3."ya kalo abang ga rutin, kalo pas nampak aja berkas inaktif di rak tubaru abang keluarin dari rak misal pas lagi yari berkas di rak terus ada jumpa berkas inaktif ya pas itu baru abang keluarkan dari rak berkasnya.."
				4. Apakah anda rutin melakukan kegiatan pemilihan dan pemisahan terhadap barang - barang yang sudah tidak digunakan lagi? (yang berkaitan dengan aktivitas pengelolaan berkas rekam medis)		4."ehmm...kalo rutin sih nggak ya, pas terlihat aja misal ada outguide udah rusak terus tracer dalam berkas itu ada yang udah lama atau lewat tanggalnya itu abang keluarin terus dibuang ke tempat sampah kalo outguide dikumpulin di rak depan itu.."
					Store/Straighten	

				5. Barang - barang apa yang sering anda gunakan ketika melakukan aktivitas pengelolaan berkas rekam medis?	5 & 6."barang - barang yang sering dipake itu ya kaya pena, pembolong kertas tapi pena sih yang paling sering, kalo di rak ya kaya outguide sama tracer ya. Abang sering pakainya yang barang-barang yang ada di sini jadi setiap habis makai dibalikin lagi ke tempatnya, kalo emang udah selesai kerjaan atau emang udah ga makai barangnya lagi ya pas itu baru abang balikin lagi ke tempatnya.."
				6. Bagaimana anda melakukan personalisasi terhadap barang - barang yang sering anda gunakan?	
				7. Apakah anda harus berjalan jauh ketika mengambil barang yang sering anda gunakan dalam aktivitas pengelolaan berkas rekam medis?	
				Shine	7."nggak ya kalo abang mau ngambil barang ya tinggal ambil aja karena letak barangnya juga dekat masih di sekitaran area kerja juga jadi ga sampai jalan keluar dari penyimpanan kalo pas mau ngambil barang, kaya troli, sepeda elektrik, sama alat tulis itu udah ada semua di sini.."
				8. Apakah anda ikut berpartisipasi dalam menjaga kebersihan area kerja anda?	8 & 9."iya abang jaga kebersihan juga kaya ga buang sampah sembarangan di area kerja.."
				9. Bagaimana cara anda dalam berpartisipasi menjaga kebersihan area kerja anda?	
				Standardize	
				10. Apakah anda rutin melakukan kegiatan pemilahan antara barang yang digunakan dengan yang tidak, mengikuti	10."kalo pemilahan nggak rutin lah ya itu pas terlihat aja sama abang baru abang pisahin kalo ga ya nggak, kalo jaga kebersihan ya paling ga buang sampah sembarangan di area kerja soalnya disini ada cs juga tiap hari bersihin ruangnya, kalo untuk peraturan iya abang ikutin terus kaya pakaian sama waktu datang kerja.."

				peraturan tempat kerja, menjaga kebersihan hingga rutin mengulangi aktivitas-aktivitas tersebut?	
				Sustain	
				11. Apakah anda selalu mengikuti peraturan kerja pada unit rekam medis khususnya pada bagian penyimpanan (misalnya pada waktu kedatangan)?	11 & 12. "iya selalu lah kaya pakaian kan itu memang rutin kami disini harus sesuai dengan peraturan rumah sakit, kalo waktu datang kerja juga kaya gitu walaupun masih ada juga beberapa petugas lain yang pernah datang telat karena ada alasan tertentu, abang juga pernah dapat pengerahan mengenai sikap kerja 5R itu pas orang atas nempel poster 5R itu disini tapi udah lama kali sih dan itupun memang cuma sekali itu aja pengarahannya.."
				12. Apakah anda pernah mendapatkan pengarahan mengenai sikap kerja 5S/5R?	
26/07/2022 (Waktu mulai pukul 15.45 - 16.40 WIB, Durasi: 55 Menit)	UI	43	2 Th (Di bagian Penyimpanan aktif)	1. Masalah apa yang sering anda jumpai (terkait aktivitas pengelolaan berkas rekam medis) pada bagian penyimpanan unit rekam medis?	1. "Terlambat Pengantaran Status ke poli, jadi kakak sering ditelfon sama orang poli nanyain kok belum diantar juga statusnya kesini.. Pasien udah nunggu lama ni ... ya kek gitu lah, itu penyebabnya ada 2 biasanya pertama itu salah susun kedua karena pengembalian.. paling sering itu karena salah susun setelah itu baru karena pengembalian.. jadi kalo pengembalian itu yang buat dia lama biasanya kalo dia balik dari rawat inap, dari rawat inap ini harusnya 2x24 jam kan dibalikannya kesini (ke penyimpanan) tapi kenyataannya orang sana itu yang terlambat ngantar ke aci, penyebabnya itu sebenarnya banyak faktor salah satunya dokternya yang belum ngisi status jadi nunggu dulu dokternya ngelengkapin isi rekam medisnya, terus belum lagi mereka mau ngisi data administrasi pasien banyakla faktor yang buat terlambat pengembalian status dari ruangan tu... belum lagi nanti di aci status pasien itu diproses dulu jadi makan waktu kurang lebih 3-4 hari lah status tu baru dibalikk kesini. sebenarnya juga kalo menurut standar peraturan rekam medis waktu distribusi rekam medis itu harusnya kurang lebih 10 menit kan tapi kenyataannya disini gabisa kaya gitu paling cepat pengantaran status ke poli itu sekitar 30 menit lah kakak udah berapa kali bilang sama mereka orang-orang yang di poli itu ga mungkin kami dalam waktu 10 menit udah ngantar ke poli minimal paling cepat kami bisa 30

					<p>menit karena melihat kondisi jumlah tenaga kami sekarang, masalah selain itu rak, rak disini itu cukup sering rusak juga nanti satu udah diperbaiki eh satunya lagi yang rusak ngganggu kerjaan juga kalo dihitung satu - satukira kira setiap rak tu adalah setiap 3-4 bulan sekali rusak penyebabnya ya karena rantainya rusak ini biasa di rak lama kalo rak lama kan masih pakai rantai gitu dibawahnya cuma disini kan kebanyakan memang kami masih pakai rak lama mau minta ganti dengan rak baru agak sulit juga karena rumah sakit kita ini kan milik pemerintah jadi kendalanya di anggaran..Masalah lainnya misal ni pas kita nyari status di sistem ternyata statusnya udah dikembalikan tapi pas dirak statusnya gaada outguidenya juga gaada atau pernah juga statusnya udah dibalikkan tapi outguide nya belum dikeluarkan dari rak ini buat petugas bingung pas nyari status pasien tapi kalo masalah outguide ini ga sering cuma mengganggu ini juga karena masalah disiplin petugasnya.."</p>
				<p>2. Apakah ada permasalahan pada unit rekam medis terutama pada bagian penyimpanan yang tidak dapat diselesaikan?</p>	<p>2 & 3. "kalo masalah yang tidak bisa diselesaikan itu kita lapor ke kepala ruangan contoh masalahnya ya itu status tu ga ketemu karena salah susun dan dokter mintanya harus hari itu juga statusnya diantar ke ruangan nanti kakak lapor ke kak merrynanti kak merrry yang konfirmasi ke atas tau ke dokter buat nyari solusinya terkait kalo statusnya masi dicariin belum bisa diantar hari itu..intinya kalo memang ada masalah itu komunikasi antara petugas disini dengan kakak kalo memang kami udah gabisa nyelesaikan masalahnya baru kakak komunikasi ke kepala ruangan nanti kepala ruangan komunikasi kan ke atasan nanti mereka yang bantu cari solusinya gimana,kalo kekurangan petugas kakak lapor ke kak merrry untuk nambah petugas, setelah itu baru kakak ambil petugas dari bagian lain tapi masih sama sama di unit rekam medis juga kaya dari bagian aci ya pokoknya yang bukan dari bagian pelayanan la..kalo masalah di pengembalian ni misal ada pasien butuh status nya hari itu juga bisa kakak hubungi petugas atau admin disana buat minta balikin statusnya nanti hari itu juga mereka langsung antar status nya ke kami kalo yang salah susun gabisa hari itu juga statusnya langsung diantar ke poli, alternatiflain kalo memang status tu gabisa diantar hari itu misal kalo pasien yang mau ke poli jantung itu biasanya bisa di cek sama petugas farmasinya riwayat obat lamanya apa di sistem jadi ga harus nunggu statusnya ada..cara lainnya itu ya kita buat status yang baru dulu untuk sementara nanti kalo status lama nya udah ketemu baru lah digabungin dengan status baru tadi."</p>

				3. Bagaimana anda membuat penyelesaian masalah yang terjadi pada unit rekam medis terutama pada bagian penyimpanan? (mis: masalah kekurangan tenaga kerja)		
				4. Bagaimana anda membuat penyelesaian masalah yang terjadi pada unit rekam medis terutama pada bagian penyimpanan? (Misal ketika kondisi rak penuh dan tidak ada tempat kosong pada rak untuk meletakkan berkas rekam medis)		4. "Ya.. Paling berkasnya kakak taro di lantai nanti disusun tu bejejer terus ada juga yang kakak taro di atas rak itu biasanya status pasien yang memang sering di pake, karena gaada tempat lagi kan jadi taro di atas rak aja, kalo mau nambah rak pun ga bisa juga karena liat aja kondisi ruan gan kita ni gimana, nambah satu rak tu aja uda gaada tempat lagi makanya cara terakhir nya ya gitu lah lagi di taro luar lagi, tapi biasanya kalo petugas disini udah ngerapiin rak mereka masing -masing kan ha itu nanti barula ada tempat kosong kita masukkan lagi berkas yang di luar ni ke dalam rak jadi berkurang juga ga yang diluar ni"
				5. Apakah pernah terjadi keterlambatan dalam pengembalian berkas dari rawat jalan? Dan apakah petugas dari poli /		5. "Gak..gak pernah,ee...berobat pagi...sore langsung dibalikkan orangtu statusnya kesini kecuali kalo ada pasien yang janji mau operasi tu ndak dikembalikan lagi tu, itu juga ndak mesti izin dulu sama kakak karena kan itu ngikut prosedur kapan sampai dia udah selesai berobat baru dibalikkan berkasnya.. ngapain mereka ngebalikin kesini kalo pasiennya belumsesuai berobat nanti kalo dah dibalikkan otomatis harus dikeluarkan lagi terus

				rawat inap izin dulu ke koor saat belum bisa mengantar kembali status ke bagian penyimpanan?	<i>harus ngurus lagi jaminan pasien itu..manatau pasiennya mau di rawat kalo mau di rawat kan selesaikan labornya dulu, pcr dulu, terus rontgen nya lagi secara standarnya kan.. nah nanti ada tu datanya pasien tu udah selesai dirawat, ha pengembaliannya itulah nanti seharusnya 2x24 jam minimal udah kembali ke bagian aci itu kalo yang rawat inap.."</i>
				6. Bagaimana cara anda menyelesaikan masalah terkait fasilitas untuk distribusi yang rusak misal sepeda elektrik untuk pengantaran berkas rusak semuanya?	<i>6. "oh iya itu pernah kaya gitu, untuk saat ini ada sekitar 2 bulan ini memang sepeda alat transportasi kita suka rusak kalo memang sudah rusak dua-duanya nanti kita lapor ke kepala ruangan, kepala ruangan lapor ke atasan lagi mereka cari solusi kadang -kadang mereka pinjamkan sepeda dari farmasi, tapi sebelum dipinjamkan ya kita usaha sendiri lah palingan statusnya diantar pakai troli ke poli yang dibelakang.."</i>
				7. Menurut peraturan standar rumah sakit pada bagian penyimpanan tertera bahwa ketentuan peminjaman rekam medis per harinya dibatasi 3 orang dengan sebanyak 10 rekam medis per orangnya, apakah itu sudah terlaksana secara rutin?	<i>7."Terlaksana sih tapi kan biasanya yang minjamminjam untuk penelitian tu jarang yang lebih dari 3 orang "</i>
				8. Apakah anda rutin menanyakan pengembalian status dari poli rawat jalan?	<i>8. "Nggak lah karena emang dibalikannya hari itu juga"</i>

				9. Apakah ada peraturan dari rumah sakit yang dapat membantu meningkatkan produktivitas petugas?		9. "palingan ya kami dapat jasa pelayanan untuk per orang kecuali tenaga THL ndak dapat honor, pns sampai ke dokter itu dapat semua, sama kaya tunjangan la, kalo reward untuk petugas terbaik itu gaada paling tergantung masing - masing unit lagi,
				10. Apakah petugas rutin melakukan kegiatan 5S ? (pemilahan barang yang tidak perlu dengan yang perlu, meletakkan barang sesuai pada area/tempatnya, menjaga kebersihan kemudian mengulangi 3 aktivitas pertama)		10. "Gak..gak sempat, kan kaya yang udah pernah kakak bilang tenaga kerja kurang, harusnya sih harus ya (rutin), kalo ngebersihin rak ya itu tugasnya masing masing yang jaga rak bukan cs nya, tujuannya pakai roll opack ini kan juga supaya berkasnya terlindung dari debu"
				11. Selama anda bekerja di bagian penyimpanan apakah pernah ada diterapkan sistem sikap kerja 5S?		11. "adalah tiap hari kakak teriakkan itu rapikan, susun, masukkan...iya kan..itu 5S kan.. Kerapian itu harus ada, disiplin harus ada dimana - mana itu 5S pasti ada kan..Cuma pelaksanaannya ada yang maksimal ada yang tidak maksimal itulah dia, petugas disini memang rata - rata gatau apa itu 5S cuma secara gak sadar mereka uda ngelakukannya walaupun belum secara maksimal, karena 5S itu kan sebetulnya harus ada sosialisasinya.."
				12. Apakah anda pernah mendapatkan pengarahen tentang sikap kerja 5S? Pelatihan yang di berikan pihak rumah sakit diadakan berapa kali dalam setahun dan apa saja bentuk		12. "Ga ada ga pernah, kalo pelatihan ndak tau kakak kayanya sejak kakak disini pelatihannya kaya kebakaran, BHD, kalo yang lain paling ga sesuai dengan bidang misal pelatihan mengenai penyimpanan rekam medis.."

				pelatihan yang pernah diberikan?	
				13. Apa yang menyebabkan banyak berkas rekam medis terletak di luar rak dan ada yang terletak tidak sesuai dengan area penyimpanan berkas? (misal: berkas inaktif terletak pada area penyimpanan berkas aktif)	13. <i>"Penyebabnya karena fasilitas itu rak nya, tempat nya, ruangan tenaganya juga, itu juga udah kakak laporin tapi ya memang harus nunggu itu masalah manajemen lagi bagian atas yang ngatur penganggaran nambah fasilitas disini.."</i>
				14. Apakah rumah sakit ini sudah memiliki sistem penyimpanan rekam medis secara elektronik?	14. <i>"Akan, semoga secepatnya lah ada"</i>
				15. Bagaimana peran anda sebagai koordinator ruangan dalam membantu meningkatkan produktivitas petugas bagian penyimpanan unit rekam medis?	15. <i>"Ehm..Kakak rencana nanti mau ngasi award ke petugas yang kinerjanya terbaik..Award nya dalam bentuk uang itu sumber dana nya juga dari dana kakak pribadi.."</i>

02/08/2022 (Waktu mulai pukul 10.00 - 10.15 WIB, Durasi: 15 Menit)	U2	43	1 tahun (di penyimpanan in aktif)	1. Masalah apa yang sering anda jumpai (terkait aktivitas pengelolaan berkas rekam medis) pada bagian penyimpanan unit rekam medis?	1."yaa.. Kalo masalah paling itu..ee kendalanya kita harus ngurus dulu ke badan arsip sebelum melakukan pemusnahan berkas, nanti itu disana diperiksa atau di verifikasi lagi sama mereka layak ndak dokumen rekam medis ni dimusnahkan, dia ada penilaiannya sendiri. badan arsip itu nasional bukan dari kita ya.."
				2. Sebelumnya saya mendapatkan informasi dari bagian penyimpanan aktif bahwa pemilahan rekam medis in aktif pada rak penyimpanan aktif tidak rutin dilakukan, yang ingin saya tanyakan petugas bagian mana yang bertugas untuk mengeluarkan rekam medis in aktif dari dalam rak?	2."kalo retensi yang dari rak aktif itu petugas di bagian penyimpanan aktif yang ngeluarin rekam medis in aktif dari rak. Itu emang udah tugas mereka, kalo disini itu ya kaya yang kakak bilang tadi tugas kami melakukan proses pemilahan berkas in aktif untuk dimusnahkan.."
02/08/2022 (Waktu mulai pukul 08.40 - 09.45 WIB, Durasi: 35 Menit)	K1	43		1. Masalah apa yang sering anda jumpai (terkait aktivitas pengelolaan berkas rekam medis) pada bagian penyimpanan	1. "ya kalo masalah yang paling sering di bagian penyimpanan memang salah susun bahkan ada statusnya yang hilang sampai 1 bulan gaada ketemu, Itu ada aja masalah yang kaya gitu, status rekam medis nya hilang ga ketemu karena salah susun ada kaya gitu, terus yang lama di balikin dari poli ada juga yang kaya gitu..tapi kalo yang paling sering kakak dapat laporan ya itu tadi status rekam medis pasien ga ketemu karena salah susun atau ga pernah juga kaya yang kakak bilang tadi lambat dibalikin dari poli..."

			unit rekam medis?	
			2. Apakah penilaian kinerja petugas pada unit rekam medis rutin dilakukan?	2."ya kalo penilaian kinerja kita rutin, yang namanya rumah sakit pemerintah penilaian kinerja itu wajib karena itu pengaruhnya kan nanti ke tunjangan karyawan atau biasa itu namanya uang jasa pelayanan..."
			3. Bagaimana penerapan sikap kerja 5S / 5R pada aktivitas pengelolaan rekam medis bagian penyimpanan?	3. "penerapan 5S itu kalo secara standar peraturannya ya emang gaada tapi kalo pelaksanannya itu udah kami lakukan, kami juga gapaham apa bahasa 5S itu tapi kalo tindakannya ya memang sudah di terapkan disini..."
			4. Bagaimana penilaian kinerja petugas unit rekam medis? (menggunakan metode atau cara seperti apa serta hasil penilaian kinerja petugas)	4. "kalo penilaian kinerja karyawan itu pakai sistem namanya IKI atau indikator kinerja individu itu penilaiannya dari absen terus nanti biasanya dari setiap ruangan kan ada tuh laporan kinerja nya kaya penyimpananlah itu per harinya ada laporan berapa jumlah distribusi rekam medis yang masuk sama berapa yang keluar, biasanya koordinator ruangan yang ngelapor ke kakak ntah itu ada masalah yang bisa di selesaikan disanateru ngasi laporan kerja..."

				5. Apakah ada permasalahan pada unit rekam medis terutama pada bagian penyimpanan yang tidak dapat diselesaikan?	5."kalo masalah yang gabisa diselesaikan itu kami disini pakai sistem komunikasi berjenjang, dibilang ada apa nggak masalahnya ada, misal ni ada status pasien yang ga ketemu eh tau-taunya ada di dalam tas dia terus pasien yang ngamuk ngamuk karena statusnya ga ketemu itu ada sampai waktu itu direktur langsung yang turun kesini bantu nyelesain masalahnya..."
				6. Bagaimana anda membuat penyelesaian masalah yang terjadi pada unit rekam medis terutama pada bagian penyimpanan? (misalnya: permasalahan kekurangan tenaga kerja)	6."ya intinya yang kakak bilang pakai sistem komunikasi berjenjang, kalo ada masalah yang gabisa selesai dari petugas di ruangan nanti mereka ngelapor ke saya, kalo dari saya gabisa juga nyelesaikan masalahnya baru saya laporkan ke kepala instalasi nanti kalo sama kepala instalasi ga selesai juga masalahnya baru ke kabid nah kalo masih belum selesai juga terakhir baru ke direktur..."
				7. Apakah ada peraturan atau kebijakan dari rumah sakit yang membantu untuk meningkatkan produktivitas petugas unit rekam medis?	7. "ada ya contohnya kaya tunjangan itu kan untuk seluruh petugas, tunjangan itu dapatnya dari IKI tadi tula, tunjangan dia bayaran diluar gaji pokok atau biasa disebut uang jasa pelayanan, kalo kita apalaginumah sakit pemerintah ya pasti ada yang namanya aturan mengenai tunjangan untuk petugas di rumah sakit"

				8. Bagaimana peran anda sebagai Kepala Instalasi / Kepala Ruang/ Koordinator dalam membantu meningkatkan produktivitas kerja petugas unit rekam medis?		8."ya kalo dari saya itu komunikasi secara kekeluargaan aja, misal ada petugas yang ngilangin status tapi dia ga mau ngaku salah gitu kan karena ntah dia salah nara, ya kalo dah kaya gitu kakak bawakkan dudukngomong secara kekeluargaan ini jadi gimana masalahnya..kemarin nyusun statusnya gimana..ya kaya gitu ngomong secara baik baik aja, kalo memberi motivasi juga sama kaya tadi ngasi tau pelan pelan secara baik baik la intinya.."
					9. Apakah petugas unit rekam medis pernah diberikan pelatihan khusus mengenai sikap kerja 5S?	9. "kalo pelatihan tentang sikap kerja 5S itu emang gaada, pelatihan yang ada itu biasanya kaya kebakaran, BHD, sama cuci tangan, kalo yang khusus untuk rekam medis ada juga pernah diadakan sama rumah sakit contoh kaya kemarin itu pelatihan khusus untuk bagian koding tapi itu emang dari kemenkes langsung yang ngadain jadi rumah sakit ngirim petugas yang ikut pelatihan aja lagi, tapi semenjak covid jarang ada pelatihan karena pelatihan itukan dananya dari rumah sakit ya beda dengan seminar atau webinar itu dana pribadi, kalo pelatihan khusus untuk penyimpanan itu emang gaada palingan ya yang umum itu aja kaya kebakaran, bhd sama cuci tangan tadi..."
				11. Apakah rumah sakit sering mengadakan pelatihan untuk petugas unit rekam medis?	11. "kalo untuk pelatihan sebenarnya semenjak covid ini kita jarang ada pelatihan apalagi kalo yang khusus untuk rekam medis itu memang jarang tapi kemaren itu sempat ada pelatihan mengenai rekam medis khusus untuk petugas koding, nah kaya yang kemaren itu kemenkes yang ngadain jadi rumah sakit ngirim petugas aja lagi..."	
Sesi II						

<p>26/07/2022 (Waktu mulai pukul 15.00 - 15.45 WIB, Durasi: 45 Menit)</p>	<p>U3</p>	<p>35</p>	<p>9 Th (sejak tahun 2014 di bagian penyimpanan aktif)</p>	<p>1. Berdasarkan hasil wawancara pertama pada tanggal 4 Juli kemaren saya mendapati bahwa permasalahan utama yang sering dialami petugas pada bagian penyimpanan aktif ini adalah salah dalam menyusun berkas di rak, apa yang menjadi faktor utama penyebab terjadinya salah susun tersebut?</p>	<p>1."iya benar, masalah yang paling mengganggu itu emang salah susun, sebabnya ya kalo dah banyak ni nyusun berkas kan apalagi kalo dah siang itu dah makin ga fokus aja, ditambah lagi karena kecapean, tapi kaloabang salah susun tu ga terlalu banyak la"</p>
				<p>2. Apa yang anda lakukan ketika terjadi salah susun sehingga menyebabkan berkas yang anda cari tidak ketemu sementara berkas yang dicari itu dibutuhkan dalam waktu saat itu juga?</p>	<p>2. "ya pertama itu di cek dulu sistem kan, kalo emang di sistem itu berkasnya sudah dikembalikan berarti dah di dalam (di rak penyimpanan aktif), ya kalo emang pas dicari ga ketemu untuk sementara buat status yang baru aja dulu nanti kalo status lamanya udah ketemu baru digabungin sama status nya yang baru tadi, nomor rekam medisnya tetap satu sama dengan nomor rekam medis status yang lamanya ga double paling ya kita nyetak tracer sama label pasiennya ulang"</p>
				<p>3. Berdasarkan hasil wawancara yang lalu saya juga mendapati bahwa permasalahan yang sering terjadi di bagian penyimpanan aktif itu adalah masalah distribusi yang berhubungan dengan masalah pengembalian berkas, tolong jelaskan apa</p>	<p>3. "Pengembalian status yang lama itu biasanya dari rawat inap kalo dari poli (rawat jalan) itu biasa ga ada masalah, kalo yang dari rawat inap itu lama karena itu statusnya balik ga langsung ke kita jadi status rekam medis dari rawat inap itu dikembalikan ke bagian casemix dulu setelah itu baru ke aci nah terakhir baru ke kita (penyimpanan) sampai selesai status nya di proses disana baru la nyampai ke sini jadi itu sebenarnya yang buat lama, kalo hubungannya sama distribusi ya itu kan pasien ni kadang dia belum selesai dari rawat inap udah daftar berobat ke poli jadi status nya itu belum selesai di proses dan belum dibalikkan juga ke kami jadinya harus nunggu dulu tapi biasanya kalo kaya gitu nanti kak leni nelfon admin casemix atau langsung ke bagian aci kalo emang statusnya ada disana, nanti mereka langsung ngantar ke penyimpanan status yang diminta itu"</p>

				yang menyebabkan keterlambatan dalam pengembalian berkas serta bagaimana hubungan keterlambatan pengembalian berkas terhadap distribusi berkas ke poli?	
				4. Berdasarkan standar peraturan khusus bagian penyimpanan disitu ada tertera untuk lama waktu pengembalian berkas dari rawat jalan adalah 1 x 24 jam ke bagian penyimpanan, apakah itu sudah terlaksana dengan baik?	4. "Kalo dari rawat jalan udah itu biasanya juga tergantung kapan selesai jam polinya, biasanya kalo yag dari rawat jalan siang sampai sore itu mereka udah balikkan status ke kita tapi itu juga tergantung dengan jam selesai masing masing poli gabisa juga abang pastiin jam berapa"
				5. Bagaimana dengan pengembalian status rekam medis dari rawat inap kalo berdasarkan standar peraturan dari rumah sakit untuk peminjaman berkas itu maksimal 2 hari ?	5. "Pengembalian itu beda ya dek dengan peminjaman kalo peminjaman iya paling lama dua hari dan sama yang udah abang jelaskan tadi yang buat proses pengembalian status dari ranap itu lama ya karena itu tadi dia ga langsung di balikkan ke bagian penyimpanan di proses dulu di casemix sama aci terakhir baru ke kami, untuk pengembalian kalo misal statusnya belum bisa dibalikkan dan masih mau dipinjam nanti petugas atau admin nya yang bawa bon peminjaman kesini terus nanti mereka ngasi tau kekami kalo statusnya masih mau dipinjam, ya kalo dari ranap itu biasanya 3 - 4 hari kadang lebih tergantung juga kalo emang pasien itu panjang proses pengobatannya ya makin lama juga statusnya ditahan disana"

				6. Apakah anda rutin melakukan kegiatan pemilahan terhadap barang - barang yang diperlukan dengan barang yang tidak diperlukan?	6. <i>"Ndak rutin do dek, kaya milih status inaktif dari rak aktif itu ga rutin, ya.. Kalo raknya udah penuh baru nanti abang pilih mana status inaktif yang udah lewat dari 5 tahun, untuk peralatan disini kalo emang pas rusak aja baru nanti kak leni manggil petugas dari bagian rumah tangga namanya nanti mereka datang langsung kesini ngambil peralatan rusak tadi terus diperbaiki sama mereka"</i>
				7. Apakah anda rutin menerapkan sikap kerja 5S ?	7. <i>"Abang aja ndak tau apa itu 5S ni abang baru tau pas adek tunjuk ada poster 5S itu disini, ya kalo milih barang yang perlu dengan gak itu gak rutin kapan pas terlihat aja, kalo masalah penempatan barang ya adek bisa lihat juga kan kalo kita kekurangan tempat dan fasilitas itulah kenapa banyak status ada di luar rak sama status inaktif ni masih ada di ruangan ini (ruangan penyimpanan aktif), kalo masalah kebersihan ya itu cs layang ngurus. kalo untuk pelaksanaan ndak menyeluruh"</i>
				8. Apakah pernah bagian penyimpanan ini menerapkan sistem sikap kerja 5S?	8. <i>"Selama abang ekrja disini belum pernah ini aja abang baru nama 5S tu"</i>
				9. Apakah ada peraturan di rumah sakit yang dapat membantu meningkatkan kinerja petugas? (contoh : apresiasi terhadap petugas kinerja terbaik baik dalam bentuk penghargaan ataupun uang)	9. <i>"Gaada kalo apresiasi kaya gitu dalam uang atau penghargaan emang ga ada dan belum pernah diterapkan disini"</i>

				<p>10. Apakah anda pernah mendapatkan pelatihan yang diadakan oleh rumah sakit ? (terutama yang berkaitan dengan unit rekam medis)</p>	<p>10. "Pelatihan dari rumah sakit banyak sih abang ngikutin terus, tapi kalo pelatihan yang udah pernah abang ikutin ya ga ngikutin lagi, pelatihandari rumah sakit yang pernah abang ikutin itu seingat abang pelatihan BHD (bantuan hidup dasar), kebakaran sama langkah cuci tangan , kalo pelatihan mengenai rekam medis belum pernah dapat karena abang juga bukan lulusan dari bidang rekam medis"</p>
				<p>11. Berdasarkan hasil wawancara sebelumnya saya mendapatkan informasi bahwa masalah lainnya yang mengganggu adalah jika petugas banyak yang tidak masuk sehingga menyebabkan menambah beban kerja petugas yang masuk pada hari itu, apa penyelesaian yang biasa diambil untuk masalah ini?</p>	<p>11. "ya..kalo misal petugas banyak yang gak masuk nanti kami yang ngelapor ke kak leni, kak leni nanti izin dulu ke kak merry setelah itu kak leni minta bantuan tenaga dari bagian lain tapi masih di unit rekam medis juga"</p>
<p>26/07/2022 (Waktu mulai pukul 14.30 - 15.00 WIB, Durasi: 30 Menit)</p>	<p>U6</p>	<p>31</p>	<p>1 Th (pada bagian penyimpanan)</p>	<p>1. Berdasarkan hasil wawancara pertama pada tanggal 8 Juli kemaren saya mendapati bahwa permasalahan utama yang sering dialami petugas pada bagian penyimpanan aktif ini adalah salah dalam menyusun berkas di rak, apa yang anda lakukan ketika terjadi</p>	<p>1. "Ya di cek satu-satu sampai ketemu statusnya kalo abang nyari 1 status di rak itu biasanya kira kira kurang dari semenit la. Salah susun itu biasanya karena kecapean sama karena dalam sehari tu udah sering nyusun jadi kurang aja pas nyusun"</p>

				salah dalam menyusun berkas di rak serta apa yang menyebabkan terjadinya kesalahan dalam penyusunan berkas di rak?	
				2. Berdasarkan hasil observasi saya mendapati bahwa terdapat pasien yang menunggu lama di poli karena status rekam medis mereka belum nyampai di poli, apa yang menyebabkan distribusi berkas menjadi lama?	2. "Pasien itu nunggu lama biasanya karena statusnya lagi di poli atau kalau ga lagi di proses di casemix, itu biasanya pengembalian dari rawat inap, jadi pengembalian dari rawat inap itu ga langsung dibalikkankami tapi ke bagian casemix dulu setelah itu ke aci nah terakhir baru ke kami, karena ini juga butuh proses otomatis butuh waktu juga"
				3. Tolong anda Jelaskan masalah yang terjadi pada distribusi rekam medis ke poli ? (apa saja penyebabnya dan bagaimana alternatif penyelesaiannya)	3. "Kalo masalah distribusi ya.. Itu aja sih paling statusnya yang belum balik masih ditahan di poli, terus kalo misal sepeda nya tu lagi rusak duanya biasanya kami pinjam dulu ke unit lain. Nanti sepeda yang rusak itu diperbaiki hari itu juga kak leni nanti yang ngehubungi bagian rumah tangga, kalo untuk perbaikan sepedanya sih paling paling lama itu ga sampaila 24 jam. terus kalo pengembalian berkas dari rawat jalan itu ga pernah ada masalah, yang sering ada masalah itu pas pengembalian dari rawat inap karena setelah dari ranap itu di balikkannya ke casemix setelah itu dikoding di aci terakhir batru ke kita, jadi untuk masalah distribusi itu keseringannya ya karena masalah di pengembalian status dan itu biasanya yang dari rawat inap apalagi kalo ada pasien yang mau operasi itu biasanya status nya di tahan dulu sampai selesai pengobatan pasiennya dan itu juga udah izin sama koor kita, kalo untuk penyelesaiannya yapaling nanti kak leni ngehubungi admin sana (poli/casemix / aci) nanti di antar statusnya ke sini biasa sih hari itu juga langsung diantar kesini. Distribusi itu biasanya hari senin dan rabu paling banyak kerjanya karena pashari itu poli onkologi di belakang pada buka semua kan jadi pasien ramai pas hari itu, kalo pasien ramai biasanya petugas distribusi itu diturunkan langsung 3 sampai 4 orang tergantung jumlah petugas yang datang jugalah

						<p><i>biar cepat selesai aja kerjaan tu ngantarnya juga gantian ga petugas itu aja yang ngantar, kalo distribusi itu juga biasanya dari jam 07.30 kami udah mulai ngantar ke poli"</i></p>
				<p>4. Dari hasil observasi dan wawancara dengan beberapa petugas saya juga mendapati permasalahan yang cukup sering terjadi dan mengganggu petugas yaitu masalah rak rusak, apakah pemeliharaan rak itu rutin dilakukan dan bagaimana penyelesaian terhadap masalah rak rusak ini?</p>	<p>4. <i>"Pemeliharaan rak itu ga rutin, pas rak nya rusak nanti kita nih petugas ngelapor ke kak leni, dari kak leni baru ngelapor ke kak merry, dari kak merry nanti yang ngehubungi bagian rumah tangga /.IPSRS ini kita juga dari pihak ketiga yang standby di rumah sakit jadi hari itu ada barang yang rusak hari itu juga kita bisa ngehubungi mereka nanti mereka langsung kesini buat perbaiki mana rak yang rusak, kalo masalah rak rusak ini biasanya juga sering di rak yang lama ya dek, bedanya kalo rak lama dia masih pakai rantai kalo rak baru yang bisa digeser, kalo disini ada 2 rak baru"</i></p>	
				<p>5. Berdasarkan hasil wawancara sebelumnya saya mendapatkan informasi bahwa masalah lainnya yang mengganggu adalah jika petugas banyak yang tidak masuk sehingga menyebabkan menambah beban kerja petugas yang masuk pada hari itu, apa penyelesaian yang biasa diambil untuk masalah ini?</p>	<p>5. <i>"Kalo petugas banyak yang gak masuk nanti kami ngelapor ke kak leni, kak leni nanti izin dulu ke kak merry setelah izin itu baru kak leni minta bantuan tenaga dari petugas bagian lain yang masih unit rekam medis juga. Jadi disini itu kebanyakan petugasnya rolling jadi kita sering pindah-pindah juga ke bagian lain ga netap disitu aja terus supaya tau juga kan gimana kerjaan masing-masing" (kerjaan di setiap bagian rekam medis mulai dari pendaftaran sampai ke pengolahan data)</i></p>	

<p>26/07/2022 (Waktu mulai pukul 14.00 - 14.30 WIB, Durasi: 30 Menit)</p>	<p>U7</p>	<p>37</p>	<p>7 Th (di RSUD sejak tahun 2011)</p>	<p>1. Berdasarkan hasil wawancara kepada beberapa petugas sebelumnya saya mendapati bahwa permasalahan utama yang sering dialami petugas pada bagian penyimpanan aktif ini adalah salah dalam menyusun berkas di rak, apa yang anda lakukan ketika terjadi salah dalam menyusun berkas di rak?</p>	<p>1. "Ya di cek di rak satu-satu sampai ketemu statusnya "</p>
				<p>2. Tolong anda Jelaskan masalah yang terjadi pada distribusi rekam medis ke poli ? (apa saja penyebabnya dan bagaimana alternatif penyelesaiannya)</p>	<p>2. "Kalo masalah distribusi biasanya karena statusnya yang belum balik masih ditahan di poli, karena salah susun bisa juga terus kalo masalah di sepeda nya tu lagi rusak dua-duanya biasanya kami pinjam dulu ke unit lain. Nanti sepeda yang rusak itu diperbaiki hari itu juga kak leni nanti yang ngehubungi bagian rumah tangga, kalo pengembalian berkas dari rawat jalan itu ga ada masalah, yang sering bermasalah itu pas pengembalian dari rawat inap karena setelah dari ranap itu di balikkannya ke casemix setelah itu dikoding di aci terakhir batru ke kita, jadi untuk masalah distribusi itu biasanya karena masalah di pengembalian status dan itu juga biasanya yang dari rawat inap apalagi kalo ada pasien yang mau operasi itu biasanya status nya di tahan dulu sampai selesai pengobatan pasiennya dan itu juga udah izin sama koor kita, kalo untuk penyelesaiannya ya paling nanti kak leni ngehubungi admin sana (poli/casemix/ aci) nanti di antar statusnya ke sini biasa sih hari itu juga langsung diantar kesini."</p>
				<p>3. Dari hasil observasi dan wawancara dengan beberapa petugas saya juga mendapati</p>	<p>3. "Kalo Pemeliharaan rak itu ga rutin dek, kalo rak nya rusak bari dilaporin ke kak leni, dari kak leni baru ngelapor ke kak merry, dari kak merry nanti yang ngehubungi bagian rumah tangga, yang sering rusak itu juga biasanya rak-rak yang lama itu yang rusak juga paling sering di rantainya"</p>

					<p>permasalahan yang cukup sering terjadi dan mengganggu petugas yaitu masalah rak rusak, apakah pemeliharaan rak itu rutin dilakukan dan bagaimana penyelesaian terhadap masalah rak rusak ini?</p>	
					<p>4. Berdasarkan hasil wawancara sebelumnya saya mendapatkan informasi bahwa masalah lainnya yang mengganggu adalah jika petugas banyak yang tidak masuk sehingga menyebabkan menambah beban kerja petugas yang masuk pada hari itu, apa penyelesaian yang biasa diambil untuk masalah ini?</p>	<p>4. "Kalo petugas banyak yang gak masuk ya petugas yang masuk hari itu ngerjain kerjaan yang ada sebisa kami juga, paling kami ngelapor ke kakleni, kak leni nanti izin dulu ke kak merry setelah izin itu baru kak leni minta bantuan tenaga dari petugas bagian lain yang masih unit rekam medis."</p>

Lampiran 15 Hasil Analisa Data (dengan metode FMEA)

1. Perhitungan Masalah (menggunakan metode FMEA)

No	Mode of Failure (Defect)	Potential Cause of Failure	Severity	Potential Effect of Failure	Probabilitas	Current Corrective Action to Minimize or Eliminate Failure/Effect	Detection	RPN
1.	Tidak rutin melakukan retensi arsip	Kurangnya kedisiplinan petugas serta kelelahan	3	Rak penyimpanan menjadi penuh	6	Tidak Ada	3	54
2.	Terdapat berkas rekam medis in aktif di area penyimpanan berkas rekam medis aktif	Kekurangan tempat penyimpanan seperti rak dan ruangan	2	Area penyimpanan menjadi sempit	4	Tidak Ada	3	24
3.	Tidak dijumpai pemberian tanda pada barang yang sudah tidak digunakan	Tidak ada prosedur atau peraturan yang menekankan petugas untuk memberi tanda terhadap barang yang sudah tidak digunakan	2	Barang tidak akan dipisahkan dan dapat memakan tempat	4	Barang yang rusak langsung di perbaiki oleh petugas khusus	6	48
4.	Salah susun	Petugas salah meletak saat menyusun berkas	7	Berkas tidak ketemu dan tidak dapat diantar ke poli serta mengakibatkan waktu tunggu pasien semakin panjang	7	Mencari berkas satu - satu di rak hingga dapat	3	147
5.	Banyak berkas rekam medis aktif terletak di luar rak penyimpanan	kondisi rak sudah penuh	2	Berkas menjadi kotor dan berdebu, serta sulit mencari berkas ketika dibutuhkan	5	Berkas disusun dan ditumpuk dekat rak terbuka	3	30
6.	Kekurangan Fasilitas penyimpanan seperti rak	Ruangan yang tidak cukup, masalah anggaran pengadaan barang	3	Berkas diletak di lantai sehingga memakan tempat	4	Tidak Ada	2	24

7.	Kerusakan rak	Kondisi rak yang sudah lama dan kurangnya perawatan terhadap rak	5	Petugas tidak dapat mengambil berkas	5	Barang yang rusak langsung di perbaiki oleh petugas khusus	2	50
8.	Tidak terdapat sistem rotasi kebersihan	Kekurangan petugas karena petugas kebersihan juga merangkap sebagai petugas pendaftaran pasien	2	area kerja menjadi kotor	7	Tidak Ada	2	28
9.	Tidak terdapat aktivitas pembersihan khusus pada rak penyimpanan berkas	tidak ada petugas khusus untuk melakukan pembersihan pada rak	3	kondisi rak menjadi berdebu	6	Tidak Ada	2	36
10.	Petugas belum pernah mendapatkan pelatihan sikap kerja 5S	Belum ada peraturan secara formal mengenai penerapan sikap kerja 5S	4	Tidak memahami cara penerapan sikap kerja 5S, kurang disiplin dalam bekerja	7	Tidak Ada	2	56
11.	Ruangan yang tidak memiliki ventilasi udara	ventilasi yang ada tertutup dengan bangunan lain	5	Kurangnya kenyamanan bekerja petugas serta ruangan menjadi mudah berdebu karena suhu ruangan	5	Tidak Ada	2	50
12.	Keterlambatan pengembalian berkas rekam medis	Dokter belum mengisi status rekam medis, keterlambatan petugas ruangan/ perawat mengembalikan berkas, proses perawatan pasien rawat inap lebih panjang dibandingkan pasien rawat jalan	8	keterlambatan Pengantaran berkas rekam medis ke poli	7	Koordinator ruangan aktif menghubungi petugas ruangan/ petugas admin terkait untuk meminta pengembalian berkas	2	112
13.	Tidak rutin melakukan pemilahan barang	Petugas merasa kelelahan, timbulnya rasa malas	3	Memakan tempat/ membuat area kerja menjadi lebih sempit	4	Tidak Ada	3	36


14.	Gangguan pada sistem pencetakan tracer	Gangguan Jaringan	5	Petugas tidak dapat mencari berkas, petugas harus mencetak secara manual (memakan waktu lebih panjang dibandingkan pencetakan langsung secara otomatis)	5	Tidak Ada	2	50
15.	Kerusakan pada alat transportasi distribusi berkas rekam medis	Kurangnya perawatan pada alat transportasi distribusi, hanya diperbaiki ketika rusak, Tidak kuat membawa banyak berkas	6	Memperpanjang waktu Pengantaran berkas ke poli	5	Barang yang rusak langsung di perbaiki oleh petugas khusus	2	60
16.	Kesalahan pendistribusian berkas rekam medis ke poli	Kurangnya ketelitian petugas, masih terdapat tracer lama yang sudah tidak digunakan lagi/ sudah lewat tanggal berobat pasien dalam berkas	7	Memperpanjang waktu tunggu pasien	5	Melakukan pemeriksaan kembali pada tanggal berobat di tracer rekam medis pasien	2	70

2. Pengurutan Masalah (berdasarkan skor RPN)

No	Potensi Failure Mode	RPN	Cumulative %	Marker
1.	Salah susun	147	17%	80%
2.	Keterlambatan pengembalian berkas rekam medis	112	30%	80%
3.	Kesalahan pendistribusian berkas rekam medis ke poli	70	38%	80%
4.	Kerusakan pada alat transportasi distribusi berkas rekam medis	60	44%	80%
5.	Petugas belum pernah mendapatkan pelatihan sikap kerja 5S	56	51%	80%
6.	Tidak rutin melakukan retensi arsip	54	57%	80%
7.	Ruangan yang tidak memiliki ventilasi udara	50	63%	80%
8.	Kerusakan rak	50	68%	80%
9.	Gangguan pada sistem pencetakan tracer	50	74%	80%

10.	Tidak dijumpai pemberian tanda pada barang yang sudah tidak digunakan	48	80%	80%
11.	Tidak terdapat aktivitas pembersihan khusus pada rak penyimpanan berkas	36	84%	80%
12.	Tidak rutin melakukan pemilahan barang	36	88%	80%
13.	Banyak berkas rekam medis aktif terletak di luar rak penyimpanan	30	91%	80%
14.	Tidak terdapat sistem rotasi kebersihan	28	95%	80%
15.	Terdapat berkas rekam medis in aktif di area penyimpanan berkas rekam medis aktif	24	97%	80%
16.	Kekurangan Fasilitas penyimpanan seperti rak	24	100%	80%

Lampiran 16 Rancangan Perbaikan Tahap Kontrol & Evaluasi

	PROCESS CONTROL PLAN	No/ Kode:
		Tanggal:
		Pimpinan Divisi: Kepala Unit Rekam Medis

Divisi : Unit Rekam Medis

Departemen : Bagian Penyimpanan

Ketua *Project* : Koordinator Bagian Penyimpanan Unit Rekam Medis

Revisi : 0 (Jumlah revisi yang telah dilakukan)

Definisi Operasional : Proses pengelolaan dokumen rekam medis sejak penerimaan dari poli hingga distribusi doumen rekam medis ke poli

No	Langkah Proses Perbaikan	CTQ	Input/Output	Requirement	Indikator	Metode	Ukuran Sampel	Frekuensi	PIC	SOP
1.	Membuat rekap catatan waktu pengembalian dokumen rekam	Ketepatan waktu Penerimaan	Input	Pengembalian dari poli sesuai dengan waktu	Waktu pengembalian dokumen rekam medis	Survey	Disesuaikan dengan jumlah rata – rata	Per minggu	Koordinator bagian penyimpanan	Prosedur pengembalian dokumen rekam medis

	medis dari poli/ ruang rawat	dokumen rekam medis		maksimal pengembalian dokumen rekam medis menurut standar peraturan rumah sakit (1 x 24 jam untuk poli rawat jalan dan 2 x 24 jam untuk rawat inap)			penerimaan rekam medis per- hari (misal: 350 sampel)	(Setiap saat melakukan aktivitas)		
2.	Membuat jadwal pemeriksaan dokumen rekam medis di rak	Kondisi dokumen di rak yang rapi serta tersusun sesuai urutan nomor rekam medis	Input	Melakukan pemeriksaan dokumen rekam medis in aktif pada rak penyimpanan dokumen rekam medis aktif (contoh:	Pembagian tugas masing – masing petugas (Tupoksi petugas)	Survey	Disesuaikan dengan jumlah dokumen rekam medis di rak (ambil rata – rata jumlah minimal	Per minggu (Setiap saat melakukan aktivitas pemeriksaan dokumen rekam medis di rak)	Koordinator bagian penyimpanan	Pengembalian dokumen rekam medis

				minimal dilaksanakan 3 kali dalam seminggu oleh petugas yang berbeda)			dokumen rekam medis misal sekitar 300 sampel)			
3.	Melakukan Pemeriksaan terhadap penyusunan dokumen rekam medis dan tracer lama yang ada di dalam dokumen rekam medis	Ketepatan dalam penyusunan dokumen rekam medis di rak serta mencegah terjadinya kesalahan dalam pembacaan tracer	Input	Melakukan pemeriksaan penyusunan dokumen rekam medis di rak (contoh: pemeriksaan terhadap posisi peletakan rekam medis serta urutan nomor rekam medis. Hal ini dapat dilakukan	Pembagian tugas masing – masing petugas (Tupoksi petugas)	Survey	Disesuaikan dengan jumlah rata – rata penerimaan rekam medis per-hari (misal: 350 sampel)	Per minggu (Setiap saat melakukan aktivitas pemeriksaan dokumen rekam medis di rak)	Koordinator bagian penyimpanan	Pengembalian dokumen rekam medis

				minimal 2 kali dalam sehari)						
4.	Mempersiapkan laporan yang mendokumentasikan hasil kerja petugas bagian penyimpanan dan data yang telah dikumpulkan selama pelaksanaan project	Pelaksanaan kontrol proses pengelolaan dokumen rekam medis secara konsisten	Output	Pembuatan laporan kinerja petugas	Laporan kerja petugas (laporan jumlah distribusi rekam medis per hari maupun laporan kinerja petugas per minggu)	Survey	Dihitung berdasarkan rata – rata jumlah pengelolaan dokumen rekam medis per minggu (misal; 1.750 sampel)	1 bulan (setiap bulan)	Koordinator bagian penyimpanan	SOP bagian penyimpanan unt rekam medis
5.	Membuat catatan evaluasi isu masalah yang tidak dapat ditangani tim petugas bagian penyimpanan kepada kepala ruangan	Perancangan evaluasi tepat sasaran/ sesuai dengan prioritas permasalahan yang ada	Output	Pelaporan isu masalah serta evaluasi yang telah dilakukan secara konsisten	Laporan dokumentasi hasil kerja petugas	Survey	Mengikuti frekuensi masalah yang sering terjadi	1 tahun (setiap tahun)	Koordinator bagian penyimpanan dan kepala ruangan unit rekam medis	SOP bagian penyimpanan unt rekam medis

**Catatan Tambahan: (Kolom ini dapat diisi sebagai catatan tambahan untuk evaluasi setiap kegiatan yang telah dilakukan)*

Diketahui Oleh:

Kepala Ruangan Unit Rekam Medis

Kepala Unit Rekam Medis

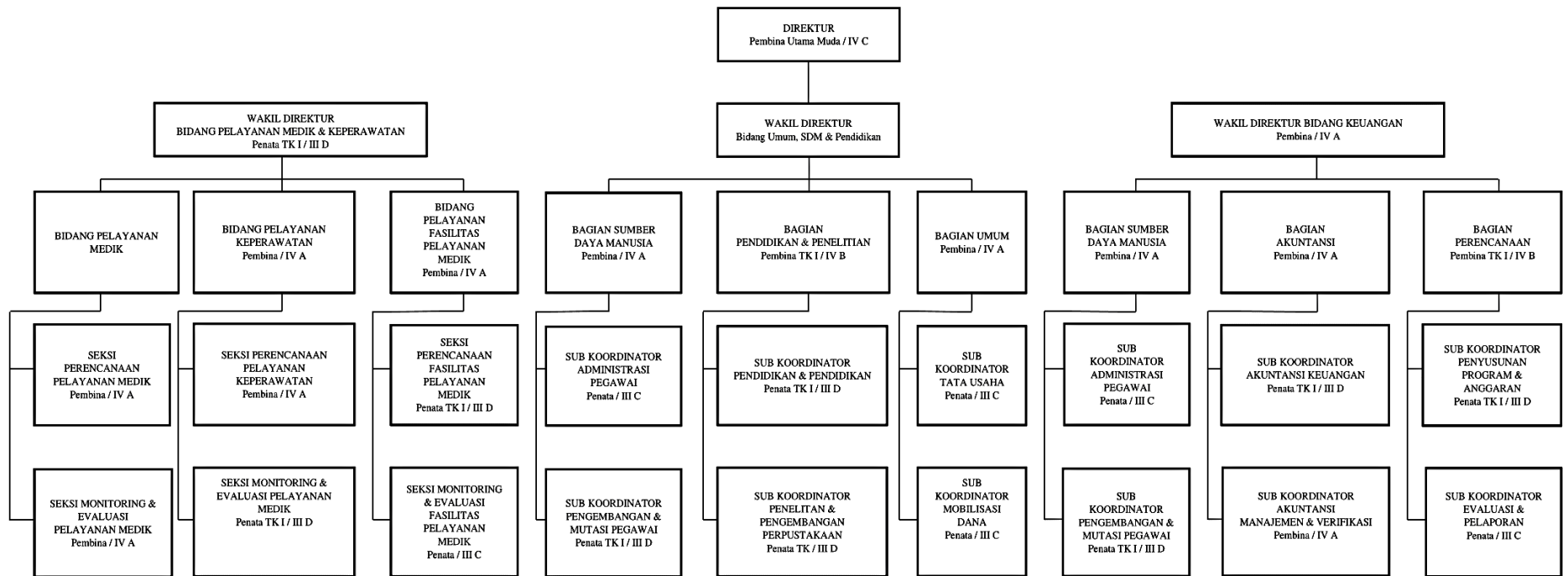
(.....)

NIP.....

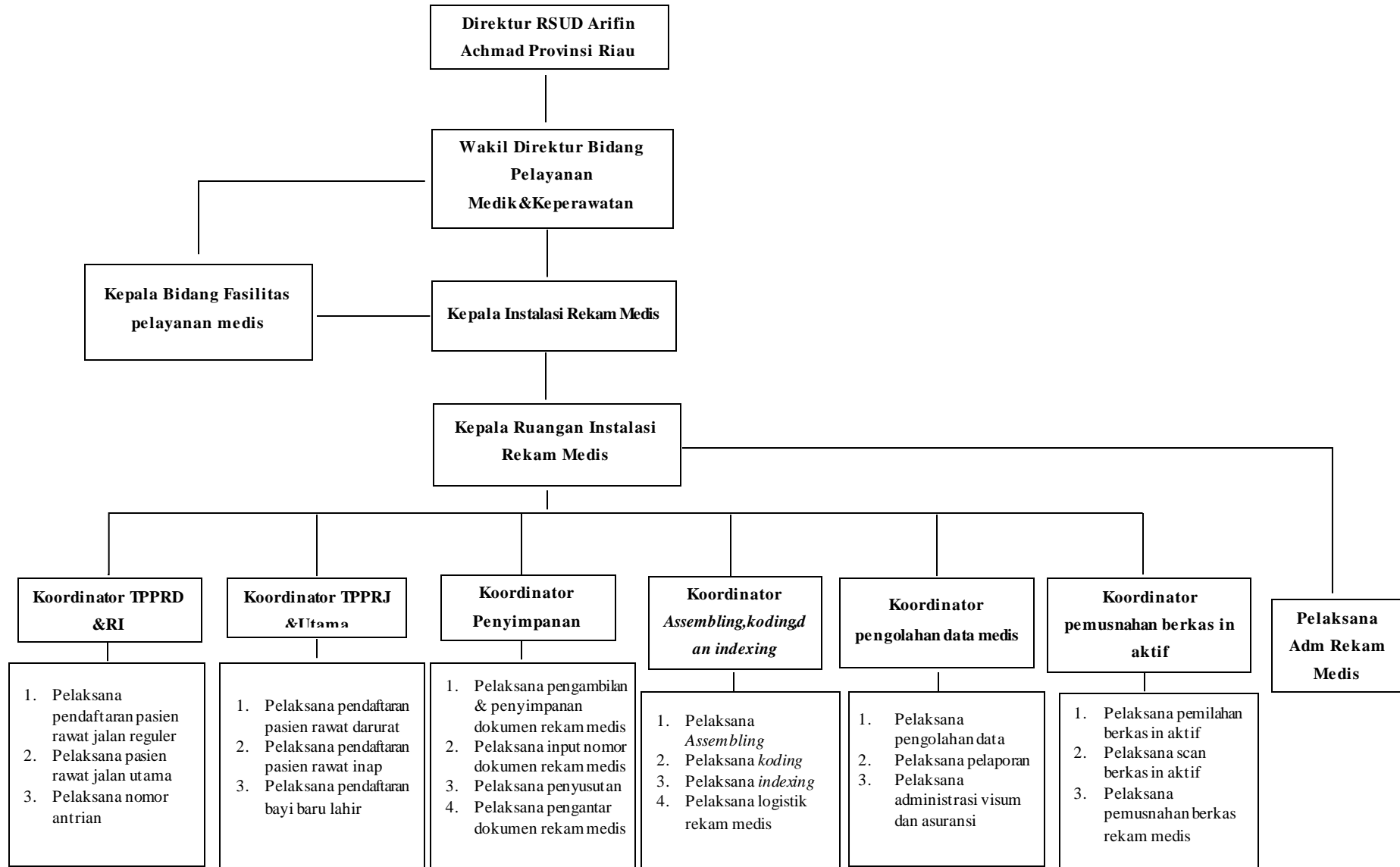
(.....)

NIP.....

Lampiran 17 Struktur Organisasi RSUD Arifin Achmad Provinsi Riau



Lampiran 18 Struktur Organisasi Unit Rekam Medis RSUD Arifin Achmad



Lampiran 19 Lembar Konsultasi Pembimbing I

LEMBAR KONSULTASI PEMBIMBING I

Nama : Tania Puteri Millenia

Nim : 18001017

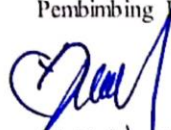
Judul Skripsi : Penerapan Sikap Kerja 5S Menggunakan Metode Lean Six Sigma Terhadap Produktivitas Kinerja Petugas Unit Rekam Medis Rsud Arifin Achmad Provinsi Riau

Nama Pembimbing I : Ns. Muhammad Firdaus, S.Kep.,MMR

No.	Hari/Tanggal	Materi Bimbingan	TTD pembimbing
1	Jumat, 07 Januari 2022	ACC Judul	f
2	Kamis, 13 Januari 2022	ACC Bab I	f
3	Selasa, 01 Maret 2022	ACC Bab I, II, III	f
4	Jumat, 04 Maret 2022	ACC Bab I, II, III (beserta lembar observasi dan pedoman panduan wawancara penelitian)	f
5	Kamis, 10 Maret 2022	ACC Sidang (termasuk tanda tangan lembar persetujuan untuk seminar proposal)	f
6	Jumat, 08 April 2022	Revisi Setelah Sidang Proposal Bab I, II, dan III (Membahas mengenai metode penelitian dan pedoman panduan wawancara)	f
6	Senin, 11 April 2022	Revisi Setelah Sidang Proposal Bab I, II, dan III (Membahas mengenai metode penelitian dan pedoman panduan wawancara)	f
7	Selasa, 12 April 2022	Persetujuan (Setelah revisi proposal)	f
8	Rabu, 10 Agustus 2022	Bimbingan Hasil Bab IV dan Bab V	f
9	Jumat, 12 Agustus 2022	Bimbingan Hasil Bab I – V (Pengecekan keseluruhan)	f
10	Senin, 15 Agustus 2022	Bimbingan Bab I – V (Pengecekan keseluruhan dan tanda tangan lembar persetujuan)	f
11	Selasa, 30 Agustus 2022	Bimbingan Revisi Skripsi (Pemeriksaan Lembar Kontrol)	f
12	Rabu, 31 Agustus	Bimbingan Revisi Skripsi (Pemeriksaan keseluruhan revisi skripsi setelah sidang)	f

Pekanbaru, 31 Agustus 2022

Pembimbing I



(Ns. Muhammad Firdaus, S.Kep.,MMR)
NIDN. 1001108806

Lampiran 20 Lembar Konsultasi Pembimbing II

LEMBAR KONSULTASI PEMBIMBING II

Nama : Tania Puteri Millenia

Nim : 18001017

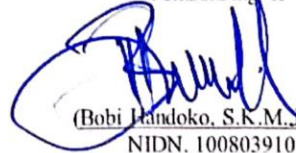
Judul Skripsi : Penerapan Sikap Kerja 5S Menggunakan Metode Lean Six Sigma Terhadap Produktivitas Kinerja Petugas Unit Rekam Medis Rsud Arifin Achmad Provinsi Riau

Nama Pembimbing II : Bobi Handoko, S.K.M.,M.Kes

No.	Hari/Tanggal	Materi Bimbingan	TTD pembimbing
1	Jumat, 07 Januari 2022	ACC Judul	
2	Kamis, 13 Januari 2022	ACC Bab I	
3	Selasa, 01 Maret 2022	ACC Bab I, II, III	
4	Jumat, 04 Maret 2022	ACC Bab I, II, III (berserta lembar observasi dan pedoman panduan wawancara penelitian)	
5	Kamis, 10 Maret 2022	ACC Sidang (termasuk tanda tangan lembar persetujuan untuk seminar proposal)	
6	Jumat, 08 April 2022	Revisi Setelah Sidang Proposal Bab I, II, dan III (Membahas mengenai metode penelitian dan pedoman panduan wawancara)	
6	Senin, 11 April 2022	Revisi Setelah Sidang Proposal Bab I, II, dan III (Membahas mengenai metode penelitian dan pedoman panduan wawancara)	
7	Selasa, 12 April 2022	Persetujuan (Setelah revisi proposal)	
8	Rabu, 10 Agustus 2022	Bimbingan Hasil Bab IV dan Bab V	
9	Jumat, 12 Agustus 2022	Bimbingan Hasil Bab I – V (Pengecekan keseluruhan)	
10	Senin, 15 Agustus 2022	Bimbingan Bab I – V (Pengecekan keseluruhan dan tanda tangan lembar persetujuan)	
11	Selasa, 30 Agustus 2022	Bimbingan Revisi Skripsi (Pemeriksaan keseluruhan revisi skripsi setelah sidang)	
12	Rabu, 31 Agustus	Bimbingan Revisi Skripsi (Pemeriksaan keseluruhan revisi skripsi setelah sidang)	

Pekanbaru, 31 Agustus 2022

Pembimbing II


(Bobi Handoko, S.K.M., M.Kes)
NIDN. 1008039101

Lampiran 21 Dokumentasi Penelitian



Dokumentasi di depan Gedung Baru RSUD Arifin Achmad Provinsi Riau



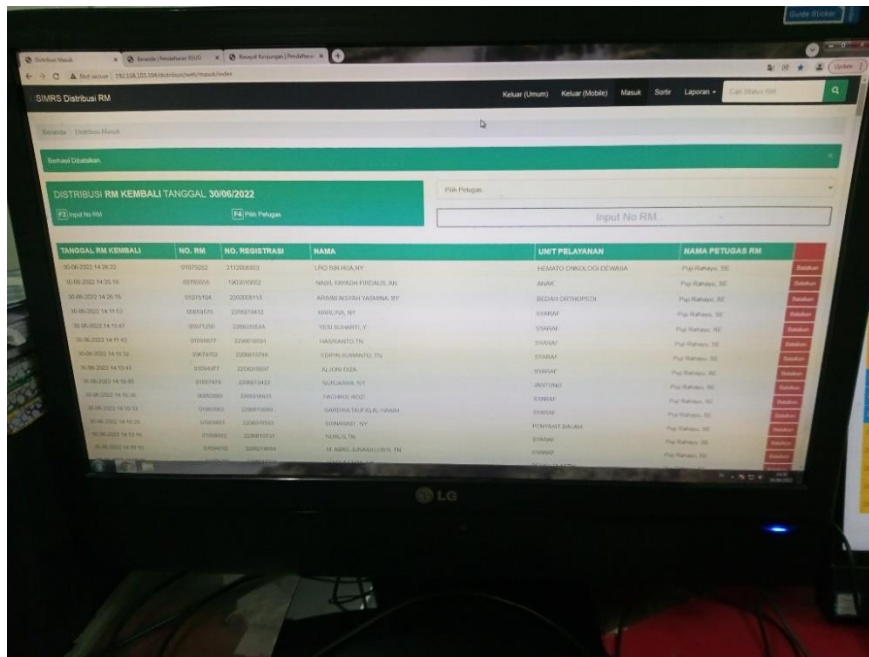
**Dokumentasi Observasi pada ruangan penyimpanan unit rekam medis
(area rak penyimpanan aktif)**



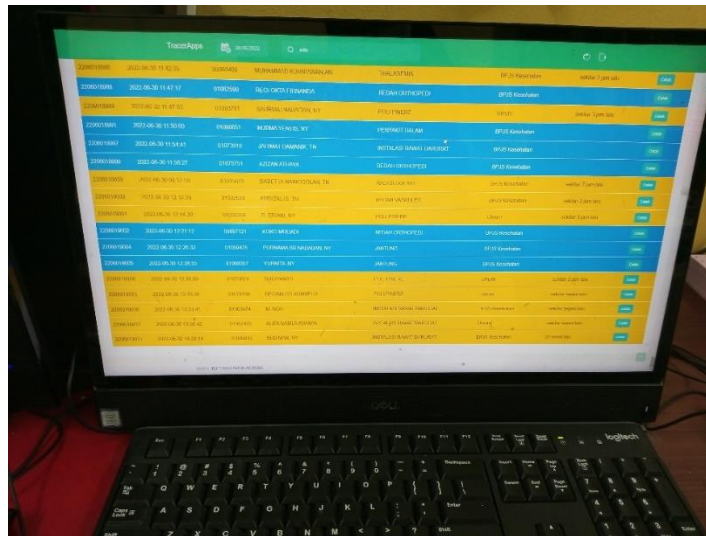
Dokumentasi Fasilitas Penyimpanan unit rekam medis RSUD Arifin Achmad (Rak tertutup)



Dokumentasi Fasilitas Penyimpanan unit rekam medis RSUD Arifin Achmad (Rak terbuka & Tangga untuk mengambil dokumen rekam medis)



Dokumentasi Fasilitas Penyimpanan unit rekam medis RSUD Arifin Achmad (Komputer pada Area Distribusi + Sistem Distribusi Rekam Medis Pasien)



Dokumentasi Fasilitas Penyimpanan unit rekam medis RSUD Arifin Achmad (Komputer pada Area Distribusi + Sistem Pelacakan Tracer Rekam Medis Pasien)



Dokumentasi Fasilitas Penyimpanan unit rekam medis RSUD Arifin Achmad (Komputer, Printer, bangku dan meja pada area rak penyimpanan unit rekam medis)



Dokumentasi Fasilitas Penyimpanan unit rekam medis RSUD Arifin Achmad (Komputer, Pencetak tracer, perkakas (alat tulis, penggaris, pembolong kertas) bangku dan meja pada area distribusi unit rekam medis)



Dokumentasi Fasilitas Penyimpanan unit rekam medis RSUD Arifin Achmad (Keranjang untuk meletak dokumen rekam medis sesuai poli tujuan, troli pada area distribusi unit rekam medis)



Dokumentasi Fasilitas Penyimpanan unit rekam medis RSUD Arifin Achmad (Rak terbuka untuk menyimpan rekam medis aktif yang tidak muat di rak tertutup dan tempat meletak *outguide* yang sudah rusak)



Dokumentasi Fasilitas Penyimpanan unit rekam medis RSUD Arifin Achmad (Alat Transportasi Dokumen Rekam Medis; Sepeda Elektrik)



**Dokumentasi Fasilitas Ruang Penyimpanan In aktif unit rekam medis
RSUD Arifin Achmad**



**Dokumentasi Fasilitas Kotak tempat penyimpanan lembar bernilai guna
(berdasarkan tahun)**



**Dokumentasi Wawancara bersama Kepala Ruangan Unit Rekam Medis
RSUD Arifin Achmad Provinsi Riau (K1)**



Dokumentasi Wawancara Bersama Koordinator Bagian Penyimpanan Aktif Unit Rekam Medis RSUD Arifin Achmad Provinsi Riau (U1)



Dokumentasi Wawancara Bersama Koordinator Bagian Penyimpanan In aktif Unit Rekam Medis RSUD Arifin Achmad Provinsi Riau (U2)



Dokumentasi Wawancara (*in depth interview*, Sesi I) bersama petugas bagian penyimpanan unit rekam medis RSUD Arifin Achmad Provinsi Riau (U3)



Dokumentasi Wawancara (*in depth interview*, Sesi I) bersama petugas bagian penyimpanan unit rekam medis RSUD Arifin Achmad Provinsi Riau (U4)



Dokumentasi Wawancara (*in depth interview*, Sesi I) bersama petugas bagian penyimpanan unit rekam medis RSUD Arifin Achmad Provinsi Riau (U5)



Dokumentasi Wawancara (*in depth interview*, Sesi I) bersama petugas bagian penyimpanan unit rekam medis RSUD Arifin Achmad Provinsi Riau (U6)



Dokumentasi Wawancara (*in depth interview*, Sesi I) bersama petugas bagian penyimpanan unit rekam medis RSUD Arifin Achmad Provinsi Riau (U7)



Dokumentasi Wawancara (*in depth interview*, Sesi II) bersama petugas bagian penyimpanan unit rekam medis RSUD Arifin Achmad Provinsi Riau (U3)



Dokumentasi Wawancara (*in depth interview*, Sesi II) bersama petugas bagian penyimpanan unit rekam medis RSUD Arifin Achmad Provinsi Riau (U6)



Dokumentasi Wawancara (*in depth interview*, Sesi II) bersama petugas bagian penyimpanan unit rekam medis RSUD Arifin Achmad Provinsi Riau (U7)